

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

BOLETIN DE MEDICINA, GACETA MEDICA, GENIO MEDICO-QUIRURGICO,

LA CORRESPONDENCIA MEDICA Y LA SANIDAD CIVIL

PERIÓDICO DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Dedicado á los intereses morales, científicos y profesionales de las clases médicas.

FUNDADORES:

SRES. DELGRAS, ESCOLAR, MÉNDEZ ÁLVARO, TEJADA Y ESPAÑA, NIETO Y SERRANO,
CUESTA CKERNER Y ALBIÑANA

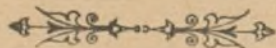
DIRECTOR:

Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

TOMO SETENTA Y UNO

AÑO DE 1923

PRIMER SEMESTRE



MADRID

IMPRENTA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, número 1.

Teléfono 552 M.

—
1923

AYUNTAMIENTO DE MADRID

CONSEJO DE AYUNTAMIENTO

ORDEN DE AYUNTAMIENTO

ORDEN DE AYUNTAMIENTO

AYUNTAMIENTO DE MADRID

ORDEN DE AYUNTAMIENTO

AYUNTAMIENTO DE MADRID

ORDEN DE AYUNTAMIENTO

ORDEN DE AYUNTAMIENTO

ORDEN DE AYUNTAMIENTO

AYUNTAMIENTO DE MADRID

ORDEN DE AYUNTAMIENTO

ORDEN DE AYUNTAMIENTO

INDICE ALFABÉTICO

DE LAS

MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO SETENTA Y UNO

	Páginas		Páginas
A		C	
Aborto (Subinvolución uterina por).....	146	Cáncer del seno con tumor perimamario.....	632
Abscesos amibianos del hígado..... 394 y	513	— la úlcera gástrica crónica? (¿Se convierte en)...	162
— múltiples del bazo.....	61	— y el miedo á la brea. (El).....	37
— óseos crónicos. (Tratamiento).....	468	— y sarcoma..... 277 y	310
— provocados á bacilos de Eberth.....	538	Canceroso. (La sílice, la cal y la magnesia en el tejido).....	64
Aceleración cardíaca.....	368	Cardíaca. (Aceleración por alcaloides).....	368
Acné y suero glucosado.....	449	Cardíacos. (Murmillos).....	563
Actinomicosis del intestino delgado..... 39 y	216	Cardiología. (Unidad funcional en).....	576
Acústico en los períodos precoces de la sífilis. (Enfermedades del).....	418	Cardiopatía moderna.....	410
Adenoflemón de origen dentario.....	111	Carótida primitiva. (Herida de la).....	394
Adenoidectomía.....	136	Catarata. (Extracción total de la)..... 436, 461, 484 y	509
Afecciones corneanas. (Tratamiento de las).....	492	— polar anterior de ambos ojos.....	623
— oculares.....	492	Centenario de la Sociedad de investigadores naturales y médicos alemanes.....	287
— — de origen luético.....	420	Chancro duro de labio inferior.....	296
Agudeza visual extraordinaria.....	197	Cirugía estética de la piel... 503, 533, 555, 582, 603 y	629
Aguja implantada en la pared del saco lagrimal y párpado inferior.....	401	Coloides en Medicina. (Los).....	81
Alcohol, su acción sobre la acidez del jugo gástrico.....	290	Conjuntivitis gonocócica.....	491
Alteraciones secretorias y sus dermatopatías. (Revisión clínica terapéutica de las).....	642	— primaveral..... 221 y	234
Alucinación auditiva unilateral.....	64	— purulenta del recién nacido no es siempre gonocócica. (La).....	62
Amaurosis de un ojo y ambliopía del congénere, producidas por la quinina.....	439	Constante de Ambard y su interpretación en Cirugía. (La).....	467
Amígdalas. (Tratamiento radioterápico de la hipertrofia de las).....	319	Coqueluche. (Prevención de la).....	564
Angioma cavernoso de la órbita.....	271	Corazón en los niños. (Enfermedades del).....	563
Aneurismas. (Ideas antiguas y modernas en el tratamiento quirúrgico de los)..... 349 y	375	Coriza espasmódico. (Concepción moderna del).....	240
Aniridia.....	623	Clororretinitis difusa de ambos ojos é iritis tórpida del derecho.....	460
Anomalía genital femenina.....	636	Córnea. (Infiltraciones parciales de la).....	420
Anquilostomiasis. (Tratamiento de la).....	292	Crisis hemoclásica digestiva, provocada (Efectos de la administración de las diastasas de los tejidos hepáticos sobre la).....	16
— en las minas de «El Centenillo»..... 332, 361 y	390	Cuerpo extraño intraocular..... 197 y	221
Antirrábica. (Vacunación).....	466	Cura racional del estreñimiento.....	348
Anuria completa.....	395		
Aortitis y aneurisma del cayado.....	14		
Aparato digestivo. (Conferencias sobre enfermedades del).....	33		
Apendicitis crónica operada.....	136		
— en los niños.....	33		
Apnea voluntaria. (Duración máxima de la).....	491		
Area paratrigémina. (Lesiones del).....	393		
Artritis supuradas.....	292		
Arritmia con grueso bocio.....	342		
Astigmatismo hipermetrópico.....	623		
Astragalectomía. (Nuevo procedimiento de).....	468		
Avitaminosis y disvitaminosis.....	157		
B		D	
Bacilos (Transformación de).....	240	Desgarros del periné en el parto.....	269
Balón de Champetier de Ribes: sus indicaciones actuales.....	64	Desinfección de la boca.....	291
		Desprendimiento de la retina.....	298
		Dermatosis más frecuentes objetivas y subjetivas de los artríticos.....	449
		Dermopatías generalizadas. (Baño termo-luminoso).....	21
		Diabetes en los niños.....	308

	Páginas
Diabetes (Extracto pancreático y).....	419
— (Hormona pancreática en la).....	161
Diatermia y secuelas epiplóicas.....	136
Diftéricos. (Portadores de gérmenes).....	392
Dilatación aguda no operable del estómago.....	269
— — no operatoria del estómago.....	295
Disnea de los cardiorrenales.....	564
Distocia materna por bolo fecal.....	62
Distomatosis hepática.....	513

E

Eczema. (Tratamiento del).....	341
Edema agudo de Quinque de origen medicamentoso. (Anafilaxia de tipo).....	21
Elección del sexo.....	112
Emanaciones de coloides de ciertas sales de plata...	466
Embarazo.....	159
— ectópico a término con feto vivo.....	563
— en las tuberculosas pulmonares.....	489
— (Manera de fijar el término del).....	88
Encefalitis letárgica.....	101
— — (Trastornos oculares).....	356
Endocarditis lenta.....	161
Endocrinopsicopatías. (Las).....	201
Endometritis puerperales. (Tratamiento de las).....	125, 182 y 230
Enfermedades espiroquéticas consideradas desde el punto de vista inmunológico.....	225 y 256
Envenenamiento mercurial grave.....	238
Eritrodermia generalizada descamativa post salvar- sánica.....	320
Erisipela migratoria recidivante curada por la protei- noterapia láctea.....	340
Especialidades farmacéuticas.....	388
Estrabismo.....	97
— convergente.....	623
Exoftalmos pulsátil. (Ligaduras en el tratamiento del).....	61
Exploración renal.....	261
Extracto de hipófisis. (Papel antihemorrágico del).....	292
— pancreático y diabetes.....	419
Exudado uterino.....	182

F

Fagedenismos venéreos.....	197
Fenosulfonaptaleína. (Nueva técnica de la prueba de la).....	87
Fiebre del heno. (Ensayos de desensibilización en la).....	608
— sífilítica esencial.....	586
— tifoidea tratada por la opoterapia.....	514
Fisiología patológica en los juicios clínicos.....	601
Forunculosis. (Tratamiento de la).....	366
Fractura subtrocanteriana del fémur.....	632

G

Gastroptosis y Gastropexia.....	62
Goma sífilítica que simula epiteloma.....	254
Glucosuria floridzínica. (Efectos de la administración de las diastasas de los tejidos hepáticas sobre la).....	16
Glucogenia hepática.....	156

H

Hematoma orbitario.....	376
Hemorragias juveniles del vítreo y tuberculina.....	512
Hemorragicos. (Tratamiento Roentgen en los estados).....	621
Herida del hueso frontal con hernia cerebral en me- dio séptico.....	609
Heridos. (Tratamiento nutritivo y renovador de los).....	611
Herpes. (Nuevas nociones sobre el).....	111
Helioterapia en Dermatología.....	612
Hígado. (Abscesos amibianos del).....	513
Hipertrofia de las amígdalas.....	319
Hipospadias.....	549
Hipotensión. (Cómo determinar la).....	593

	Páginas
Homenaje á Jenner.....	329, 353, 381, 405, 429, 453 y 477
Hormona pancreática en la diabetes.....	161

I

Ictericias quirúrgicas.....	179
Ideas clínicas.....	173
Induración osteoide de los cuerpos cavernosos.....	441
Infecciones. (La proteína en las).....	160
Insulina. (La).....	187
— (Efectos de la).....	342, 368 y 420
— (El origen de la).....	396
— (Estado actual del problema de la).....	561
— sobre el cociente respiratorio.....	419
— y diabetes.....	464
Insuficiencia nasal y educación física de los jóvenes.....	63
— ovárica. (Fórmula hematológica en la).....	411
— — (Sintomatología de la).....	625

L

Laríngeo superior en el sitio de elección de su nervio- tomía (Topografía).....	63
Leche natural, alimento opoterápico. (La).....	88
Leishmaniosis infantil.....	160
Lepa en Colombia. (Profilaxis y estadística).....	415
— tuberculosa.....	513
Litiasis biliar. (Sobre la patogenia de la).....	53, 77 y 108
— renal bilateral.....	305
Lipopexia y lipodiéresis pulmonares.....	588
Líquido cefalorraquídeo en el mal de Pott. (Modifi- caciones del).....	463

M

Mal de Pott. (Método moderno de Albee).....	624
Mastoides. (Pneumatización de la).....	320
Mastoiditis.....	264
Material de protección contra los rayos X.....	564
Medula dorsal. (Lesión de la).....	344
Meningitis cerebroespinal.....	289, 392 y 431
— (Valor semiológico de la mancha dermo- gráfica en las).....	602
Metabolismo de las grasas.....	588
Micrococo de Bruce y paramelitensis.....	319
Miocarditis sífilítica precoz.....	478
Mola hidatidiforme.....	158
Morfínómanos. (La prueba de la hemoclasia digesti- va en los).....	158
Mutaciones de los microorganismos.....	240

N

Nefritis. (Las).....	134
— médica. (Tratamiento quirúrgico de la).....	219
— (Sobre el tratamiento quirúrgico de la).....	129
Nefrotomía por uremia.....	569
Neumolito ó broncolito.....	442
Neumotórax terapéutico. (Complicaciones del).....	318
Neurocolopatía mucorreica. (Sobre la patogenia de la).....	203
Neurosífilis. (Tratamiento de la).....	612
Neurotropismo. (Ideas actuales sobre el).....	73, 104, 131, 152, 184, 210, 236 257 y 285
Niño ó niña á voluntad.....	112
Nistagmus.....	623

O

Ocena. (Tratamiento del).....	636
Oclusión intestinal.....	366
Ojales del esmalte dentario y la diabetes en los niños. (Los).....	308
Opoterapia embrionaria.....	344
Orina. (Eliminación de la quinina por la).....	343
Otitis media gripal supurada.....	264
— media supurada crónica mediante la ionización del cinc (tratamiento de la).....	432

	Páginas
P	
Parafina de la vejiga (Extracción no quirúrgica de).....	515
Parálisis histérica del velo.....	136
— infantil. (Un caso de).....	39
— motora de la extremidad inferior.....	538
Parkinsonismo. (Tratamiento del).....	64
Parto en la primipara.....	159
— prematuro y sus indicaciones. (Nuevo método de provocar el).....	525
— (Tacto rectal en el).....	158
Pelvis. (Cuchillada penetrante de).....	367
— (Fracturas de la).....	367
Piel. (Cirugía estética de la) 503, 533, 555, 582, 603 y 629	629
¿Poliartritis estreptocócica?.....	279
Predisposición constitucional en medicina interna...	577
Profilaxis escolar. (Ensayo de).....	135
Purgantes sintéticos. (Peligros de los).....	420
Púrpura. (Dos casos de).....	420
Pústula maligna (carbunco), por las inyecciones endovenosas de neosalvarsán. (Tratamiento de la).....	25

Q	
Queratosis blenorragica.....	269
Química coloidal y su significado para el biólogo.....	148
Quiste hidatídico del cuello.....	466
— hidatídico del hueso ilíaco.....	394
— hidatídico retrovesical operado por la vía transvesical.....	514
— mucoso conjuntival.....	6

R	
Radioactividad en Hoyo de Manzanares.... 28, 57 y 147	147
Raquiánestesia. (Defensa contra los accidentes bulbares de la).....	444
Raquitismo. (El factor liposoluble A y e').....	587
— en el adolescente.....	492
Reacción de Besredka.....	492
— de Fähræus, en Ginecología.....	121
— de la tintura de iodo en la leche.....	612
— de Pandey.....	159
— de Wassermann. (Interpretación de la)....	317
Recien nacido desde el punto de vista médico legal..	84
Reflejo oculo-cardíaco.....	319
Refuerzo de la acción de los medios bactericidas....	365
Retención nitrogenada crónica en la sangre. (Significación pronóstica del grado de).....	87
Retinitis exudativa, relacionada con la angiomasia de la retina.....	513
Reumatismo de origen dentario.... 249, 279, 280, 282, 447 y 642	642
— de origen dentario y su tratamiento....	425
Rinitis diftérica.....	588
Rifón. (Dos casos de cirugía del).	633

S	
Sangre. (Retención nitrogenada).....	87
Sarna. (Tratamiento de la).....	450
Selección intelectual de los escolares.....	239
Serodiagnóstico específico de la tuberculosis activa.....	312 y 336
Serpiginismo venéreo.....	21 y 450
Signo de mancha roja y el de la hiperestesia.....	268
Síndrome adiposo genital de Froelich.....	335
— talámico.....	550
Sífilis. (El sismuth en el tratamiento de la).....	387
— cerebral hereditaria.....	539
— (El tartro bismutato de potasio y sodio en el tratamiento de la).....	15
— ganglionar.....	21
— (Los preparados de bismuto en la).....	418
— por el neotropol. (Tratamiento de la).....	297
— tratada por tartro bismutato.....	587
— y el acústico. (La).....	418

	Páginas
Sistema nervioso vegetativo. (Investigaciones sobre el examen fisiológico del).....	7
Soporte colgante de Chaoul.....	409

T	
Tabéticas en las formas oligosintomáticas. (Las crisis)	49
Tacto rectal.....	158
Taquicardias. (Tratamiento de las).....	343
Técnica del psicoanálisis como instrumento terapéutico. (La).....	597
Terapéutica ocular.....	528 y 552
Tétanos con terminación rápida.....	186
— sin vía de entrada aparente.....	317
Tifus en los países orientales. (El).....	39
— exantemático. (Diagnóstico y terapéutica del)..	609
Timectomía. (Quince casos de).....	611
Tracoma y catarro primaveral.....	401
Trastornos gastrointestinales en los niños. (Etiología de los).....	10
Traumatismos craneocerebrales..... 457, 480, 506, 534, 558 y 579	579
Traumatismo violento. (Estallido del periné).....	61
Trompa (Pruebas de permeabilidad de la).....	341
Tuberculización progresiva.....	135
Toxicidad del salvarsán.....	642
Tuberculosis pulmonares y embarazo.....	489
Tuberculosis activa..... 212 y 336	336
— (El problema de la).....	253
— (Estímulo debido a una sanguijuela en la)	393
— (El problema de la).....	176
— hipertrofica del ciego.....	610
— (La putrefacción intestinal en la).....	136
— peritoneal y urogenital. (Tratamiento Roentgen de la).....	214
— pulmonar. (Tratamiento ambulatorio) ..	357
— peritoneal.....	101
Tuberculosos tratados por la vacuna antialfa del doctor Ferrán. (La reacción de fijación del complemento en)..... 1, 30 y 58	58
Tumor de la segunda circunvolución temporal izquierda, sin alteración del lenguaje, comprobado en la operación.....	502
— maligno que simulaba demencia parálisis....	443
Tumores de vejiga por los colores de anilina.....	516

U	
Úlcera gástrica crónica.....	162
V	
Vacuna (Jenner)..... 329, 353, 381, 405, 429, 453 y 477	477
Vacunoterapia en afecciones pulmonares crónicas...	343
Vejiga (Desgarros de la).....	367
Wassermann positivo persistente.....	196

Y	
Yodismo por inyección intravenosa.....	296

Especialidades.

Aparato digestivo: 10 y 16.
Aparato respiratorio: 491 y 564.
Bacteriología: 240, 319, 564, 588 y 612.
Biología: 16, 37, 64, 87, 112 y 157.
Cirugía: 61, 111 344, 366, 394, 443, 466, 492, 609 y 633.
Corazón: 368.
Dermatología: 269, 320, 341, 418, 612 y 441.
Endocrinología: 187, 368, 396, 342 y 419.
Epidemiología: 392.
Electrología: 136 y 565.
Fisiología: 156 y 588.

	Páginas
Ginecología: 62, 64, 158, 269, 341 y 635.	
Higiene: 239, 291, 564, 588 y 612.	
Medicina interna: 290, 134, 161, 489 561, 538 y 608.	
Medicina: 13, 39, 84, 111, 186, 216, 317 y 442.	
Medicina legal: 158.	
Neurología: 64 159 y 393.	
Otorrinolaringología: 63, 136, 240, 264, 319 y 636.	
Obstetricia: 64, 88, 158, 269, 341 y 563.	
Oftalmología: 62, 420, 492 y 512.	
Pediatría: 39, 289, 563 y 587.	
Psiquiatría: 64.	
Parasitología: 513.	
Radiología: 136, 214 y 564.	
Sifiliografía: 15, 418, 441, 539, 586 y 612.	
Terapéutica: 160, 292, 342, 365, 420 466 y 513.	
Toxicología: 238.	
Urología: 261 y 514.	
Vías urinarias: 516.	

Bibliografías.

Correlaciones funcionales en el aparato urinario....	418
Compendio de Hematología clínica.....	156
Elements d'Anatomie et de Physiologie Medicales....	84
Ectodermos neurotropes.....	60
Guide du Médecin Praticien.....	365
Le cancer.....	440
Manual de Neurología ocular.....	632
Manual de Cistoscopia.....	607
Neurasthenia.....	340
Organizaciones para el cuidado de la salud pública y la asistencia en Sajonia.....	289
Opoterapia del médico práctico. (La).....	186
Precis de Physotherapie.....	465
Publicaciones de la oficina suiza de turismo.....	214
Recetario de bolsillo de Ziemssen.....	238
Syphilis. Paludisme. Amibiase.....	261
Técnica terapéutica para la práctica médica.....	607
Tratado de operaciones.....	585
Tratamiento natural del tuberculoso.....	316

Academias y Sociedades.

Protección Médica:	
Sesión del día 23 de Noviembre de 1922.....	223
— — 23 de Enero de 1923.....	272
— — 22 de Febrero de 1923.....	402
Real Academia Nacional de Medicina:	
Sesión inaugural.....	45
Recepción del Sr. Tello (14 de Enero de 1923).....	69
Programa de premios para 1923-1924.....	117
Sesión literaria del 13 de Enero de 1923.....	168
Recepción del Sr. Valle y Aldabalde (18 de Febrero de 1923).....	194
Sesión literaria del 20 de Enero de 1923.....	219
— — 27 de Enero de 1923.....	268
— — 3 de Febrero de 1923.....	295
— — 10 de Febrero de 1923.....	349
— — 17 de Febrero de 1923.....	374
— — 24 de Febrero de 1923.....	425
— — 3 de Marzo de 1923.....	447
— — 10 de Marzo de 1923.....	642
Recepción del Sr. Gimeno (D. Vicente); 6 de Mayo de 1923.....	471
Recepción del Sr. Cardenal (27 de Mayo de 1923).....	546
Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía:	
Sesión del mes de Diciembre de 1922.....	21
— — Enero de 1923.....	195
— — Febrero de 1923.....	296
— — Marzo de 1923.....	449
— — Mayo de 1923.....	642
Sociedad Española de Higiene:	
Ultima sesión de 1923.....	570

Sociedad Española de Urología:	
Sesión del 4 de Mayo de 1923.....	569, 594 y 617
Sociedad Oftalmológica de Madrid:	
Sesión del 16 de Noviembre de 1922.....	197 y 221
— 21 de Diciembre de 1922.....	270
— 18 de Enero de 1923.....	298
— 15 de Febrero de 1923.....	376
— 15 de Marzo de 1923.....	401

Estado sanitario.

Mortalidad en Madrid en Diciembre de 1922.....	71
— — en Enero de 1923.....	171
— — en Febrero de 1923.....	275
— — en Marzo de 1923.....	379
— — en Abril de 1923.....	499
— — en Mayo de 1923.....	594

Boletín de la semana.

Alistamiento militar en Murcia. (El).....	613
Año nuevo.....	17
Banquete á un joven maestro.....	265
Centenario de Jenner. (Para el).....	189
Conferencia importantísima.....	41
— notable.....	65
Congreso de Ciencias. (El).....	637
Continúan los debates de interés.....	293
Dimisión importante.....	293
Doctor argentino Sr. Segura. (El).....	613
Doctores y el analfabetismo. (Los).....	637
Elecciones.....	565
En el Ateneo.....	369
Esfuerzo antivenéreo. (El).....	345
Fiesta simpática.....	41
Fin de las elecciones.....	493
¿Hasta cuándo durará el descanso?.....	345
Libertad en las oposiciones. (La).....	469
Médicos de la Dirección de Seguridad. (Los).....	445
Mitin importante.....	369
Morejón. (D. Luis Ortega).....	517
Nonnato grupo parlamentario senatorial.....	589
Oposiciones, autonomía y otros excesos. (De).....	421
Otra conferencia en el Ateneo.....	265
— sesión biográfica.....	241
Pérdida sensible.....	17
Peste bubónica de Málaga.....	265
Por algo se empieza.....	517
¿Por qué tal sorpresa?.....	541
Preparación conveniente.....	517
Prof-sores españoles en París.....	397
Promoción de 1909. (La).....	241
Propaganda.....	113
Real Academia Nacional de Medicina....	265, 369, 397, 445, 469, 517, 541 y 565
— orden de Hacienda.....	541
— — incomprensible.....	445
Recepción académica.....	65 y 189
Reformas en fárfara.....	17
Salvatella. (Para el Sr.).....	493
Sesión inaugural.....	41
— regia.....	321
Sobre los médicos habilitados.....	589
Sociedades, Academias y Ateneos.....	217
Titulares de Caravaca. (Los).....	613
Tortuga, Rémora y C. ^a	65

Sección profesional.

Abolicionismo.....	137, 139, 373 y 398
Academia de Medicina de París.....	273
Actividad académica.....	113
Al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación.....	545
Asamblea dental contra intrusismo.....	
Cajal. (Detalle del monumento).....	378

	Páginas
Casa de Esculapio.....	138
Centenario de Jenner en París.....	266
Certificados de vacunación. (Los).....	371
Colegio de Huérfanos.....	142 y 164
Conferencia del Dr. Blanc y Fortacin.....	95
— del Dr. Mollá.....	370
— del Dr. Rodríguez Pinilla en el Ateneo.....	370
— Nacional sobre seguro de enfermedad, invalidéz y maternidad.....	43 y 66
Conferencias del profesor Pittaluga.....	120 y 190
Comentarios urgentes á la sesión de Jenner.....	346
Comité de Higiene de la Liga de Naciones.....	322
Congreso internacional de Higiene.....	267
Cuerpo Médico de Policía gubernativa.....	592
— de Médicos del Registro civil.....	446 y 519
Curso de perfeccionamiento.....	246
— práctico y teórico de investigaciones bacterio- lógicas.....	167
Charlas científicas.....	217
Discurso del Dr. Cortezo en el último mitin sanitario.....	371
— del Dr. Marañón.....	242
Dimisión.....	294
Drama de un espíritu y la comedia de una vida.....	89
Enfermedades venéreas. (Manera de evitar las).....	190
Equivocación de un antiabolicionista. (La).....	446
Error del abolicionismo. (El).....	423
Exito científico italiano en Francia.....	194
Excursión cultural para los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO.....	42
Exposición internacional del centenario de Pasteur..	424
Fiesta extraordinaria y simpática.....	94
Futura reformas del Senado.....	543
Hablar por hablar.....	397
Hay que acordarse de los huérfanos de los médicos..	422
Higiene social. (Ante los graves problemas de).....	91
Homenaje al Dr. Masip Budesca.....	18
— á Pasteur.....	115
Inhalaciones municipales de gasolina.....	568
Juegos infantiles. (Los).....	19
Letamendi. (El Dr.).....	613 y 640
Mártires de la ciencia. (Los).....	20
Médicos de la Dirección de Orden público. (Los)....	425
— del siglo pasado en el Ateneo de Madrid. (Los).....	164
— del Registro civil.....	66
— habilitados de Baños.....	521
Medios coercitivos en Psiquiatría.....	470
Noorden (Carl. W.).....	191
Paludismo en Marruecos.....	568
Paseos de un solitario.....	114, 140, 615 y 638
¡Por Dios!... Polémicas, no.....	494
Premios médicos Boilston.....	20
Príncipe huérfano. (El).....	165 y 191
Real orden contra la riqueza hidrológica española...	242
Recompensa académica.....	89
Reformas en el Cuerpo de Baños.....	542 y 590
Reglamentación novísima, nunca abolicionismo.....	496
Seguros de enfermedad, invalidéz y maternidad. 43 y 66	
Se impone una radical liquidación del pasado.....	518
Tribunales universitarios.....	566
Triunfo del Dr. Azúa. (Un).....	422
Viaje de los catedráticos españoles de Medicina á París. (El).....	495
— por los países germánicos.....	243

Necrologías.

Calvo Romero. (José).....	500
Escuder muere en la miseria.....	325
Fuentes. (Julián).....	200
Giol del Valle. (Isidro).....	325
González Castro. (José).....	276
Juarros (padre).....	200
Mariscal. (Clemente).....	499
Menéndez Tejo. (Eduardo).....	404
Muñoz Urra.....	143 y 295
Oliver. (Antonio).....	347
Ortega Morejón. (Luis).....	517
Roentgen. (Muerte de).....	224

	Páginas
Santero. (Francisco Javier).....	591
Vecino y Villar. (Ladislao).....	452

Sección oficial.

MINISTERIOS

GOBERNACIÓN.

Real orden sobre gastos de exhumación de cadá- veres.....	643
Circular sobre certificados de aptitud técnica en el Instituto de Alfonso XIII.....	618
Real orden señalando el nombramiento de un delega- do sanitario para la Isla de Gran Canaria.....	473
Real orden sobre renovación de la Junta de Gobier- no y Patronato de Titulares.....	450
Real orden sobre servicios de los inspectores médi- cos de la Policía gubernativa de Madrid.....	377
Real orden llamando la atención sobre los sellos del Colegio de huérfanos de médicos del Príncipe de Asturias.....	377
Instrucciones para los pequeños municipios.....	326
Real orden nombrando Tribunal para las oposiciones á Sanidad exterior.....	326
Instrucciones técnicas sanitarias.....	300
Real orden ampliando el plazo para venta de especia- lidades farmacéuticas.....	273
Real orden sobre oposiciones de inspectores provin- ciales de Sanidad.....	273
Real orden sobre provisión de plaza de ayudante ve- terinario en el Instituto de Alfonso XIII.....	273
Sobre circulación de trapos.....	273
Concurso de médicos de baños.....	246
Reglamento del Cuerpo Médico de Sanidad exterior. 46, 70, 119, 170 y 198	
Reglamento para las oposiciones á oficiales del Cuer- po Médico de Sanidad exterior..	22

GRACIA Y JUSTICIA.

Anuncio de vacantes de forenses.....	351, 593 y 643
Plaza de médico forense.....	274

GUERRA.

Real orden sobre estatutos de la Cruz Roja Espa- ñola.....	497
Real decreto nombrando á los señores que se indican miembros de la Cruz Roja.....	351
Real decreto nombrando á los señores que han de constituir la Asamblea de la Cruz Roja.....	351
Real decreto nombrando presidente de la Cruz Roja Española al Sr. Hoyos.....	350
Real decreto admitiendo la dimisión de los cargos en la Cruz Roja que se indican.....	350
Real decreto admitiendo la dimisión de presidente de la Cruz Roja al Sr. Mille.....	350

HACIENDA.

Real orden sobre tributación.....	570
-----------------------------------	-----

INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES.

Anuncio de vacante de cátedra de Higiene de Sala- manca.....	618
Anuncio de vacante de cátedras de Higiene de Va- lladolid y Santiago.....	618
Real decreto reformando el sistema de Tribunales á cátedra.....	522
Sobre cátedra de Medicina legal de Valladolid.....	473
Anuncio de duplicado de título.....	451
Reales decretos adquiriendo terrenos en la Moncloa para la Universidad.....	351
Real orden disponiendo se excite el celo de los Cen- tros para exigir el sello del Colegio de Huérfanos en las certificaciones.....	325
Real orden sobre renuncia de vocales á Tribunales de oposición.....	274
Real orden admitiendo instancia para oposiciones...	274
Real orden sustituyendo Tribunales de oposición....	274

TRABAJO.

Real orden sobre Registro de una Sociedad.....	274
--	-----

	Páginas
Crónicas.	
Academia Médico-Quirúrgica.....	644
Advertencia á los médicos.....	72
Agradecidos... á medias.....	476
Alcalde que debe ser homenajeado.....	72
— y la viruela. (El).....	404
Aniversario de promoción 1903.....	475
Anuncio de pensión.....	351 y 498
Asamblea.....	172
Asociación de alumnos de la Beneficencia general...:	24
— francesa para el progreso de las ciencias.....	595
— hidrologica.....	548
Aviso á los médicos.....	199
Ballistini y los tuberculosos.....	47
Banquete al Dr. Río.....	500
— al Dr. Muñoz Urra.....	72
Becas para mujeres españolas en los Estados Unidos.....	428
Bodas de oro.....	199
— de plata con la Medicina.....	619
Cajal, á Argelia.....	72
Campaña contra la tuberculosis.....	144
Carrado, inspector honorario de Sanidad militar.....	224
Caso escandaloso.....	98
Catedrático de Fisiología.....	452
Centenario á Pasteur.....	23, 524 y 547
— de Eduardo Jenner.....	199
— de <i>Progrés Medical</i>	144
Clínica y laboratorio.....	199
Colegio del Príncipe de Asturias.....	47, 48, 172, 276, 304, 500, 548 y 571
— de Médicos de Albacete.....	144
— — de Cáceres.....	143
— — de Valencia.....	452
Colonias infantiles.....	523
Concesión de la Cruz de Beneficencia.....	143
Conferencia.....	200
— del Dr. Aznar en Zaragoza.....	328
— sobre tuberculosis.....	303
— sobre Pasteur.....	500
Conferencias del Dr. Arquellada.....	352 y 404
Conflicto sanitario en Denia.....	328
Congreso de reorganización sanitaria.....	72 y 248
— Nacional de Pediatría.....	452 y 596
Contrabando de substancias tóxicas.....	248
Cónsultas públicas.....	48, 352 y 524
Cruz Roja Española.....	199, 247 y 572
Curso de análisis de alimentos.....	95
— de Anatomorradiopatología.....	595
— de Bacteriología.....	47
— de Dermatología.....	47 y 144
— del profesor Hoffmann.....	247
— de Psiquiatría jurídica.....	120
— de Roentgendiagnóstico.....	276
— práctico de Oftalmología.....	143
Datos estadísticos.....	452
— para la historia de la Autonomía.....	523
Davos.....	452
De viaje.....	275
Diputados electos.....	451
Dirección general de Sanidad.....	427
Disposiciones oficiales de interés.....	23, 275, 328, 503, 352, 380, 404, 427 y 500
Distinción del Gobierno griego al Dr. Huertas.....	644
Donativos americanos á la Junta para ampliación de estudios.....	451
— y legados á la Universidad Central.....	595
Dos hospitales para Canarias.....	120
Endometritis puerperal.....	428
Enfermedad del sueño.....	276
Entorabuena.....	428
Envío á la Sociedad de las Naciones.....	380
Epidemia de peste en la India.....	428
— en Oviedo.....	247
Errata.....	571
Escuela Nacional de Puericultura.....	572

	Páginas
Estado sanitario de Málaga.....	619
Excursión cultural.....	119
Exposición Internacional de Material Sanitario.....	144
Federación Sanitaria provincial.....	248
Fiesta de la Flor.....	548 y 571
— infantil.....	71
Gripe en Norteamérica.....	248
Higiene de la vivienda en Almería.....	96
— infantil.....	143
Homenaje á Cajal.....	199, 328, 380 y 427
— á Pasteur.....	47
— á Rodríguez Fornos.....	427
— al Dr. Cardenal.....	572
— al Dr. D. Vicente Gimeno.....	524
— al Dr. Recasens.....	96
Hospital angloamericano en Madrid.....	200
— de la Santa Cruz.....	47
Imitadores de la Antiphlogistine.....	428
Importante donativo.....	404
Inauguración de edificios.....	523
Instituto Alfonso XIII.....	404
— Médico Valenciano.....	619
— Príncipe de Asturias.....	199
— Rubio.....	276 y 548
Invitación al decano de nuestra Facultad.....	572
Junta provincial de Sanidad.....	120
Jubilación sensible.....	427
Lucha contra el tráfico de substancias tóxicas.....	404
Más argumentos para la autonomía.....	571
Médicos é instituciones rusas.....	595
— españoles á Francia.....	452
Mitin sanitario.....	276
Mortalidad en Madrid.....	223, 247 y 548
Movimiento de población.....	24
Mutualidad obrera.....	619
Nombramiento.....	500
Noticias oficiales.....	595
Nueva Memoria.....	224
Nuevas ediciones.....	643
Nuevos inspectores provinciales de Sanidad.....	428
Nuestro director, á París.....	619
Observatorio astronómico.....	352
Oposiciones á inspectores de Sanidad.....	403
— á Sanidad Militar.....	619
— terminadas.....	475
Para el ministro de Gracia y Justicia.....	571
Pascual y Ríos, catedrático.....	199
Paseos de un solitario.....	276
Pensiones en el extranjero.....	120
Peste bubónica en Bombay.....	380
— en Cabo Verde.....	276
Por los padres de un heroico médico militar fallecido en cautiverio.....	619
Practicantes.....	276
Premio Achúcarro.....	547
— fundación Marqués.....	200
Propuesta de decano.....	328
Punto aclarado.....	499
Real Academia de Medicina.....	24, 48, 172 y 620
Recepción académica.....	172
Rectificación.....	475
Renuncia.....	276
Sanidad de la Armada.....	644
— Militar.....	200, 524 y 596
Sobre nuestros excipientes.....	224
Sociedad Española de Higiene.....	143
— Médica Internacional.....	171
— Protésico-Dental.....	304
Suscripción para los intelectuales de los países germánicos.....	548
Tifoideas en Bilbao.....	48
Tifus en Murcia.....	248
Un concurso.....	595
Unión Sanitaria Valenciana.....	499
Vaya de respuesta.....	172
Venta de morfina.....	276
Viruela en Sevilla.....	28

ARCOS (Pedro de): 95.

BARAJAS y de Vilches (José María): 432.
Barrio de Medina: 21, 43, 66, 298, 387 y 450.
Blanco Soler (Carlos): 53, 77 y 108.
Botella (Ernesto): 568.

C. y C. (A.): 20

Caballero y Fernández (Justo): 323.
Carro (Santiago): 573.
Cesaldo (Dr.): 69, 168, 194, 295, 350, 375, 425, 447, 471, 547 y 577.
Codina Castellví (José): 1, 30, 58 y 254.
Comenge (R.): 263 y 273.
Cortezo (Carlos María): 114, 140 y 592.
Cortezo y Collantes (Javier): 66, 89, 165, 191, 447 y 521.
Cifuentes (Pedro): 305.
Curieses (Antonio): 190, 423 y 497.

D. C.: 370.

FERNANDEZ Sanz (Enrique): 60 y 597.
Fernández Victorio (A.): 201.
Fidalgo Tato (Vicente): 457, 480, 506, 534, 558 y 579.
Fisac (Gaspar): 219.

GARCIA Casal: 121.

García de la Piñera (Eulogio): 470.
García Donato (J. y V.): 621.
García Martínez (Federico): 10.
García Medina (Pablo): 415.
Garrido Lestache: 33.
Gauss: 101.
Gimeno (Amalio): 453.
Gimeno (Vicente): 503, 533, 555, 582 y 608.
González Lizcano (Jesús): 624.
Gonzalo (J. R.): 173, 279, 410 y 601.
Gret (Luis J.): 125, 182 y 330.

HOFFMANN (W. H.): 225 y 256.

IZQUIERDO: 411.

JIMENEZ Díaz. (Carlos): 203 y 577.
Jiménez López (Celso): 6.
Juarros (César): 140, 164, 446 y 491.

KLEIN y Fischer: 206.

Koepe (Leonhard): 436, 461, 484 y 509.

Kopaczewski (W.): 31.

Kuznyak (Dr.): 7.

LAFORA (Gonzalo R.): 431 y 550.

Larregla (Santiago): 317.
Lasbennes (Luis): 71, 171, 275, 379 y 499.
Luengo Arroyo (Emilio): 84, 261, 341, 365 y 466.
Luengo (Pablo): 613 y 640.
Luis-Yagüe y Espinosa (Dr. J.): 371.

LI. P. (J.): 521.

MANZANEQUE (Manuel): 591.

Mañueco Villapadierna (Eleuterio): 478.
Marco (Luis): 543 y 566.
Mariscal (Nicasio): 329 y 353.
Marquina (Eduardo): 373.
Martín Menéndez (Antonio): 422.
Martín Salazar: 91.
Martínez Saldise (Manuel): 519 y 545.
Martínez Vargas: 308.
Marañón (G.): 249, 347 y 429.
Marín Amat: 97, 234, 254, 335, 356, 439, 460, 528, 552, 623 y 632.
Mejías (Jacinto): 267.
Meléndez Baltar (José): 228.
Morales (Antonio): 277, 310, 549, 615 y 638.
Mouriz: 167.
Muñoz del Castillo (José): 28, 57 y 147.

NAVARRO Blasco (Angel): 357.

PARACHE (Félix): 525.

Peña Chavarría (Antonio): 6.
Pérez-Valdés (R.): 422.
Piñerúa (Oscar): 19 y 383.
Pittaluga: 381.
Plaza (Arsenio): 602.
Puerta (Juan de la): 25.
Pulido Fernández (Angel): 138, 176, 605 y 629.
Pulido Martín (Angel): 129, 186, 206, 238, 245, 280, 289, 418, 585 y 607.

RAMON y Cajal (Santiago): 253 y 285.

Ratera (Julián): 409.
Ratera (Santiago): 409.
Ribón (Víctor): 6.
Rodríguez Pinilla (H.): 242 y 543.

SAINZ de Aja (E. Alvarez): 25.

Salvatella (Joaquín): 477.

Samora (Tomás de A.): 340.

Sánchez Martín (G.): 392.

Slocker: 179

Subirana (L.): 280.

Szent Gyorgyi (Dr. Alberto V.): 148.

TELLO (Jorge Francisco): 73, 104, 131, 152, 184, 210, 236,
257 y 405.

VERDES Montenegro: 294.

Villanueva (Fernando): 146.

Villaverde (José María de): 49.

WASSERMANN: 312 y 336.

Weltmüde (Dr.): 398 y 494.

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: La reacción de fijación del complemento en tuberculosos tratados por la vacuna antialfa del doctor Ferrán, por el Dr. José Codina Castellví.—Quiste mucoso conjuntival, por los Dres. Celso Jiménez López, Victor Ribón y Antonio Peña Chavarri.—Investigaciones sobre el examen fisiológico de sistema nervioso vegetativo, por el Dr. Kuanyark.—Curso de conferencias sobre enfermedades del aparato digestivo en la infancia, organizado por la Sociedad Española de Pediatría: Etiología de los trastornos gastrointestinales en los niños, por el Dr. D. Federico García Martínez.—Periódicos médicos.

La reacción de fijación del complemento en tuberculosos tratados por la vacuna antialfa del Dr. Ferrán

POR EL

DR. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Profesor de número, por oposición, del Hospital General, director del Real Sanatorio antituberculoso "Victoria Eugenia", de Valdelatas, etc., etc.

Por los trabajos que llevo publicados acerca de la vacuna antialfa del Dr. Ferrán, se desprenden cuando menos dos conclusiones, respecto de mi opinión acerca de la misma: 1.ª, que soy un admirador de la lógica que encierra la revolucionaria teoría de la bacteriología de la tuberculosis de uno de los más fecundos y geniales bacteriólogos de nuestros tiempos, del ilustre compatriota el Dr. Ferrán; y 2.ª, que dicha teoría, por la referida lógica de que está impregnada y por la autoridad universalmente reconocida del autor, merece ser contrastada, no en la difusa y apasionada polémica extracientífica y pública, en que el calor de la discusión del mismo modo culmina los epítetos más entusiásticos que los conceptos más molestos, sino en la región serena é imparcial del laboratorio y en el campo fecundo y amplio de la clínica seria y rigurosa.

Sólo procediendo de esta última forma podremos

algún día desentrañar y conocer con exactitud las orientaciones provechosas y las estériles, las verdades y los errores, las aplicaciones eficaces y las inútiles que contenga la teoría y, de este modo, encaminar á los hombres de laboratorio á perfeccionar procedimientos y producto terapéutico, y á los clínicos á precisar indicaciones y contraindicaciones, posología y forma de administración, para poder salir algún día en el terreno de la clínica, de la inseguridad de efectos terapéuticos en casos de la misma ó análoga naturaleza, como ocurre actualmente y que da un sello de vaguedad ó de imprecisión en las aplicaciones que, si bien está perfectamente explicado por la misma teoría del ilustre autor, no deja, por otro lado, de ser muy cierto y contribuir grandemente al escepticismo, á la incredulidad ó á la franca proclamación de la ineficacia.

Fiel á este criterio, á su vez inspirado en la creencia de que contiene una gran verdad la teoría etiológica de la tuberculosis concebida por el Dr. Ferrán, creí que sería conveniente estudiar alguna de las reacciones biológicas de tipo específico, en los tuberculosos tratados con la vacuna antialfa, para ver si se podría descubrir alguna variante que hablara en favor ó en contra de la acción terapéutica, específica ó no, de la referida vacuna; en una palabra, tratar de averiguar por medio de alguna de las indicadas reacciones, si las características de la inmunidad que se pudiera conseguir con dicha vacuna, coincidían ó no con las que son propias

de la inmunidad natural ó artificialmente conseguida con otros productos.

Al efecto, el Dr. Blanco, tan reputado en la materia como siempre, dispuesto á poner sus conocimientos y aptitudes á mi disposición para toda labor científica y desapasionada, se encargó de llevar á cabo la metódica investigación, ayudado por el entusiasta médico-residente del Sanatorio, Dr. González Gutiérrez. Con objeto de exponer con orden el trabajo realizado, me ocuparé sucesivamente: 1.º *De los casos clínicos*; 2.º *De la reacción que se prefirió*, y 3.º *De los resultados obtenidos*.

1.º Resumen de los casos clínicos.

HOMBRES

Observación I.—Fijación del complemento: Al ingreso, +; á la salida, ++. Hombre de veinte años; talla, 1,66; peso, 48,500. Tuberculosis fibrocásica del lóbulo superior del pulmón izquierdo y fluxión del lóbulo superior derecho con laringitis. Tos y expectoración purulenta; bacilos de Koch incontables y muy ácidos-resistentes; pérdida de peso, sin fiebre ni hemoptisis; voz disfónica; estertores subcrepitantes en lado izquierdo y frotostertores en lado derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones de vacuna antialfa:

Junio 2.....	0,2 c. c.
— 7.....	0,5 —
— 14.....	0,8 —
Julio 1.....	1 —
Septiembre 20.....	0,2 —
— 28.....	0,5 —
Octubre 1.....	1 —
— 14.....	1 —

Al salir del Sanatorio tenía mucha menos tos, expectoración y fatiga, y la voz mucho más clara; sólo tenía un bacilo de Koch por diez campos, muy débiles y fragmentados. Estuvo en el Sanatorio seis meses; se le dió el alta por estacionario, pero muy mejorado, incluso de la laringitis.

Observación II.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, ++. Hombre de veinticuatro años; talla, 1,65; peso, 60 kilos. Fluxión de ambos vértices con estrechez mitral; poca tos y expectoración, sin bacilos de Koch; se fatiga mucho, no ha perdido peso. Algún frotostertor con disminución del murmullo y aumento de resonancia de la voz en ambos vértices. Se le pusieron dos inyecciones de vacuna antialfa de 0,5 y 1. Desaparecieron los fenómenos fluxionarios de ambos vértices, pero continuaba el soplo diastólico en el foco de la mitral y la disnea, y se le dió el alta por no considerarlo tuberculoso.

Observación III.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, —. Hombre de diez y nueve años; 1,77 de talla; peso, 57 kilos. Tuberculosis fibrocásica de los lóbulos medio y superior derecho y fluxión del vértice izquierdo. Tos con expectoración, fatiga, fiebre de 38º, 120 pulsaciones y tres bacilos de Koch por campo; estertores subcrepitantes en el pulmón derecho y frotostertores en el vértice izquierdo; se le pusieron las siguientes inyecciones:

Marzo 10.....	0,2 c. c.
— 16.....	0,2 —
Abril 2.....	0,5 —
— 9.....	0,5 —
— 16.....	0,5 —
Mayo 1.....	0,5 —
— 17.....	0,5 —
— 21.....	0,5 —
— 26.....	0,5 —
Junio 1.....	0,5 —

Se le pusieron en total 4,4 en tres meses; estuvo en el Sanatorio ocho meses, y al salir habían desaparecido la tos, expectoración, fiebre y bacilos de Koch; había ganado 12,400 kilos y 45 kilogramos de fuerza, y sólo se oía algùn roce pequeño del vértice derecho y disminución del murmullo en el izquierdo; se le dió el alta como curado.

Observación IV.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, +. Tuberculosis fibrosa del lóbulo superior derecho y fluxión del vértice izquierdo. Hombre de veintidós años; 1,65 de talla; peso, 50 kilos. Tos con expectoración; indicios de hemoptisis; pérdidas de peso y fuerza; temperatura subfebril y cinco bacilos de Koch por campo; frotostertores en el lado izquierdo y soplo de aumento de resonancia de la voz en lado derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Marzo 16.....	0,5 c. c.
— 22.....	1 —
Abril 16.....	1 —
Mayo 7.....	1 —
— 25.....	1 —
Junio 11.....	1 —

Se le pusieron 5,5 c. c. en tres meses; estuvo en el Sanatorio cuatro meses, y por continuar, aunque con menos tos y expectoración, y dos bacilos de Koch por campo; en estado estacionario de lesiones se le dió el alta; muy mejorado.

Observación V.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, ++. Hombre de treinta y dos años; 1,60 de talla; peso, 48,900. Tuberculosis fibrosa del pulmón derecho y fluxión del vértice izquierdo y artritis de ambas rodillas con varios trayectos fistulosos en la derecha. Tos, expectoración purulenta con tres bacilos de Koch por campo; fatiga, anorexia, pérdida de peso y fuerza. Temperatura, 37,5 y pulso, 100. Frotostertores en lado izquierdo y soplo espiratorio con gran resonancia de la voz en el derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Febrero 19.....	0,2 c. c.
— 22.....	0,4 —
Mayo 1.....	0,5 —
— 14.....	0,8 —
— 20.....	1 —

En total se le pusieron 2,9 c. c. en un mes. Estuvo en el Sanatorio cinco meses; seguía la fiebre igual, no había aumentado de peso, cedió la tos y la expectoración; sólo se notaba soplo espiratorio y aumento de resonancia de voz en lado izquierdo, pero se agravó de tal modo la artritis, que hubo que darle el alta para trasladarle á Cirugía. Empeorado. (Falleció por los progresos de la artritis á los tres meses de salir del Sanatorio.)

Observación VI.—F. del C.: Al ingreso, —; á la salida, —. Hombre de diez y siete años; 1,66 de talla;

peso, 67 kilos. Tuberculosis fibrocásica del pulmón izquierdo y condensación del lóbulo superior derecho. Tos con expectoración purulenta; dos bacilos de Koch por campo; cinco ó seis hemoptisis, fatiga, poco apetito, diarrea y sin fiebre; estertores subcrepitantes en lado izquierdo y disminución del murmullo en lado derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Septiembre 22.....	0,5 c. c.
— 28.....	0,5 —
Octubre 4.....	0,5 —
— 11.....	1 —
Noviembre 8.....	1 —
Diciembre 5.....	1 —
— 27.....	1 —
Enero 18.....	1 —
Febrero 14.....	1 —
— 28.....	1 —

Se le pusieron 8,5 c. c. en cinco meses; estuvo en el Sanatorio siete y tenía más tos y expectoración; aumentaron las hemoptisis, la fiebre y la fatiga, los sudores, los vómitos, la diarrea y los bacilos de Koch y se encontraron estertores subcrepitantes en todo el pulmón izquierdo y frotostertores en el derecho. Se le dió de alta por empeorado.

Observación VII.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, ++. Hombre de veintidós años; 1,57 de talla; peso, 52,400 kilos. Tuberculosis fibrocásica del lóbulo superior del pulmón derecho; tos, expectoración purulenta con diez bacilos de Koch por campo, fatiga, dolores torácicos, sin fiebre; frotostertores, soplo espiratorio con gran resonancia de la voz en lóbulo superior derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Mayo 1.....	0,2 c. c.
— 8.....	0,2 —
— 16.....	0,5 —
— 22.....	1 —
Junio 12.....	1 —
— 30.....	1 —
Julio 1.....	1 —
— 14.....	1 —

En total se le pusieron 5,9 c. c. en dos meses y medio, estuvo en el Sanatorio cinco meses. Se le dió el alta en verano durante nuestra ausencia, como curado (?). En su hoja clínica consta que tenía estertores subcrepitantes y no se le hizo análisis de esputos al salir.

Observación VIII.—F. del C.: Al ingreso, ±; á la salida, —. Hombre de veinte años; 1,77 de talla; peso, 60,500 kilos. Tuberculosis fibrocásica de ambos vértices. Tos, expectoración purulenta con dos bacilos de Koch por campo; mucha fatiga; una hemoptisis y frotostertores en ambos vértices. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Marzo 25.....	0,2 c. c.
Abril 2.....	0,5 —
— 18.....	1 —
Mayo 2.....	1 —
— 24.....	1 —

En total se le pusieron 3,7 c. c. en dos meses y estuvo en el Sanatorio cerca de cuatro meses y salió sin tos, ni expectoración, ni bacilo de Koch y sólo quedaba un ligero soplo en ambos vértices con aumento de resonancia de la voz. Curado.

Observación IX.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, ++. Hombre de cuarenta y cinco años; 1,80 de talla; peso, 61,400 kilos. Tuberculosis fibrocásica del lóbulo superior izquierdo y del lóbulo superior derecho; tos, expectoración purulenta, fatiga; dos bacilos de Koch por campo y temperatura de 37°,5. Frotostertores en lóbulo superior izquierdo y disminución del murmullo con aumento de resonancia de la voz en lóbulo superior derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Febrero 20.....	0,2 c. c.
— 2.....	0,4 —
Marzo 8.....	0,5 —
— 22.....	0,5 —
Abril 12.....	1 —
— 30.....	1 —
Mayo 17.....	1 —
Junio 1.....	1 —
— 14.....	1 —

Se le pusieron en total 6,6 c. c. en cuatro meses. Estuvo en el Sanatorio más de nueve meses y se le dió el alta por estacionario muy mejorado, puesto que al salir apenas tenía tos, ni expectoración; se fatigaba mucho menos; sólo había un bacilo de Koch por campo, pero persistían los frotostertores en lóbulo superior izquierdo.

Observación X.—F. del C.: Al ingreso, ++; á la salida, ±. Hombre de diez y siete años; 1,67 de talla; peso, 52,300 kilos. Tuberculosis fibrocásica de ambos vértices pulmonares; tos, expectoración purulenta. Temperatura, 39°, pulso, 140. Dos bacilos de Koch por campo; sudores, insomnio, estertores subcrepitantes con soplo espiratorio en ambos vértices. Sólo se le pusieron dos inyecciones. Una de 0,2, y á los seis días otra de 0,5. Y sólo estuvo diez y siete días en el Sanatorio por no mejorar.

Observación XI.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, no consta. Hombre de treinta y un años; 1,72 de talla; peso, 71 kilos. Tuberculosis fibrocásica de todo el pulmón derecho y fluxión del vértice izquierdo. Había tenido cinco hemoptisis; tos, expectoración purulenta, con seis bacilos de Koch por campo; fatiga; sin fiebre. Estertores subcrepitantes en todo el pulmón derecho y disminución del murmullo con algún pequeño frotostertor en el vértice izquierdo. Se le pusieron tres inyecciones en un mes, dos de 0,5, y una de 1 c. c. Estuvo en el Sanatorio seis meses y salió con frotostertores localizados en ambos vértices. Menos tos y expectoración y desaparición de las hemoptisis. Se le dió el alta muy mejorado por estacionario.

Observación XII.—F. del C.: Al ingreso, ++; á la salida, no consta. Hombre de veintitrés años; 1,69 de talla; peso, 59 kilos. Tuberculosis fibrocásica de ambos vértices. Debilidad general, pérdida de peso y fuerzas, tos, expectoración purulenta con cuatro bacilos de Koch por campo y temperaturas entre 37°,5 y 37°8. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Abril 13.....	0,2 c. c.
— 19.....	0,4 —
— 26.....	0,5 —
Mayo 3.....	0,8 —
— 17.....	1 —
Junio 1.....	1 —

En total se le pusieron 3,9 c. c. en dos meses; estuvo tres meses en el Sanatorio; salió sin tos ni expectoración, ni bacilos de Koch, y sólo quedó disminución del murmullo en el vértice derecho con ligero soplo espiratorio. Se le dió el alta curado.

Observación XIII.—F. del C.: Al ingreso, —; á la salida, no consta. Hombre de veintitrés años; 1,76 de talla; peso, 63,700. Tuberculosis fibrocásica del lóbulo superior del pulmón derecho; tos, expectoración purulenta, un bacilo de Koch por campo; fatiga; sin fiebre. Estertores subcrepitantes en el vértice derecho; se le pusieron las siguientes inyecciones:

Abril 11.....	0,2 c. c.
— 19.....	0,5 —
— 30.....	1 —
Mayo 17.....	1 —
Junio 1.....	1 —
— 14.....	1 —

En total se le pusieron 4,7 c. c. en dos meses. Estuvo en el Sanatorio algo más de tres meses y salió sin bacilos, sin tos ni expectoración y se le dió el alta curado.

Observación XIV.—F. del C.: Al ingreso, —; á la salida, no consta. Hombre de treinta y dos años, 1,65 de talla, y peso de 49,500 kilos. Tuberculosis fibrosa del lóbulo superior izquierdo y del lóbulo superior derecho, tos, expectoración purulenta; un bacilo de Koch por cinco campos, indicios de hemoptisis, fatiga, sin fiebre ni taquicardia y frotoestertores en el vértice izquierdo y disminución del murmullo y aumento de resonancia de la voz en el derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Febrero 13.....	0,2 c. c.
— 20.....	0,5 —
— 27.....	1 —
Marzo 12.....	1 —

En total 2,7 c. c. en mes y medio. Estuvo en el Sanatorio tres meses y salió sin tos ni expectoración, ni nada anormal; se le dió el alta curado.

Observación XV.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, no consta. Hombre de veinticinco años, 1,57 de talla, y peso de 56 kilos. Fluxión pleuropulmonar del lado izquierdo y reacción Wassermann positiva. Poca tos, sin expectoración, fatiga, pérdida de peso y de fuerzas, sin fiebre; frotoestertores en parte media y en la base del pulmón izquierdo y disminución del murmullo y aumento de resonancia de la voz en vértice derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Abril 26.....	0,2 c. c.
Mayo 3.....	0,5 —
— 10.....	1 —
— 25.....	1 —
Junio 11.....	1 —

En total se le pusieron 3,7 c. c. en dos meses. Estuvo en el Sanatorio cerca de cuatro meses y salió sin nada anormal. También fué tratado con inyecciones de biioduro de mercurio. Se le dió el alta curado.

Observación XVI.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, no consta. Hombre de veinticuatro años, 1,70 de talla y peso de 50,800 kilos. Tuberculosis fibrocásica del vértice izquierdo con fluxión del vértice derecho.

Dos hemoptisis anteriores, tos, expectoración purulenta, con dos bacilos de Koch por campo y fatiga. Estertores subcrepitantes en el vértice izquierdo, algún pequeño frotoestertor en el derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Junio 2.....	0,2 dosis.
— 11.....	0,5 —
— 18.....	1 —
Julio 2.....	1 —

En total se le pusieron 2,7 c. c. en un mes. Estuvo en el Sanatorio cuatro meses y fué dado de alta en verano durante nuestra ausencia, sin que constara las lesiones, ni se hicieran análisis de esputos.

Observación XVII.—F. del C.: Al ingreso, —; á la salida, no consta. Hombre de veinte años, 1,58 de talla y 56,100 de peso. Infiltración del lóbulo superior del pulmón derecho. Cuatro hemoptisis anteriores, poco apetito, pérdida de peso y de fuerzas, sin fiebre y sin bacilo de Koch. Soplo espiratorio con disminución del murmullo y aumento de resonancia de la voz en lóbulo superior derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Junio 2.....	0,2 c. c.
— 12.....	0,5 —
— 18.....	1 —
— 25.....	1 —

En total se le pusieron 2,7 c. c. en un mes, y estuvo en el Sanatorio tres meses. Se le dió el alta en el verano por curado, durante nuestra ausencia.

MUJERES

Observación I.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, —. Mujer de treinta y dos años; 1,64 de talla; peso, 57,300 kilos. Infiltración del lóbulo superior del pulmón derecho; indicios de hemoptisis, fatiga; había perdido 16 kilos en seis meses; algo de tos y de expectoración mucosa, sin bacilo de Koch y sin fiebre; soplo espiratorio y aumento de resonancia de la voz en lóbulo superior derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Abril 19.....	0,2 c. c.
— 26.....	0,5 —
Mayo 4.....	1 —
— 21.....	1 —
Junio 7.....	1 —

En total se le pusieron 3,7 c. c. en dos meses. Estuvo en el Sanatorio tres meses y salió sin nada anormal, curada.

Observación II.—F. del C.: Al ingreso, ++; á la salida, —. Mujer de veintidós años; 1,47 de talla; peso, 40,600 kilos. Tuberculosis fibrocásica del lóbulo superior del pulmón izquierdo y ligera infiltración del vértice derecho; dos hemoptisis anteriores, adelgazamiento, pérdida de fuerzas, tos, expectoración purulenta con tres bacilos de Koch por campo, apirética, pulso 90; frotoestertores y algún estertor subcrepitante en lóbulo superior izquierdo y aumento de resonancia de la voz en vértice derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Abril 30.....	0,2 c. c.
Mayo 10.....	1 —
Junio 1.....	1 —

Se le pusieron 2,5 c. c. en total en dos meses. Estuvo en el Sanatorio seis meses. Al salir no tenía fatiga, había aumentado un kilo de peso, pero persistían los roces y la disminución del murmullo en vértice izquierdo y la presencia del bacilo de Koch dos por campo en la expectoración. Se le dió el alta por su estado estacionario, mejorada.

Observación III.—F. del C.: Al ingreso, ++; á la salida, —. Mujer de veintiún años; 1,49 de talla; peso, 52 kilos. Infiltración del lóbulo superior del pulmón derecho. Debilidad general, fatiga, pérdida de peso y fuerza, dolores torácicos, tos con expectoración mucosa, sin bacilo de Koch. Disminución del murmullo y aumento de resonancia de la voz en vértice derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Abril 11	0,2 c. c.
— 26	0,5 —
Mayo 3	0,5 —
— 10	1 —
— 26	1 —
Junio 10	1 —

En total se le pusieron 4,2 c. c. en dos meses. Estuvo en el Sanatorio tres y salió sin nada anormal y sólo quedaba aumento de resonancia de la voz en el vértice derecho. Se le dió el alta como curada.

Observación IV.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, —. Mujer de diez y ocho años; 1,55 de talla; peso, 53,100 kilos. Tuberculosis fibrocásica del vértice derecho, tos, expectoración purulenta con un bacilo de Koch por campo, pérdida de fuerzas y de peso, subfebril, indicios de hemoptisis y estertores subcrepitantes y roces en vértice derecho.

Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Abril 28	0,5 c. c.
Mayo 4	0,5 —
— 20	1 —
Julio 3	1 —

En total se le pusieron 3 c. c. en dos meses y salió como curada á los cuatro meses en verano durante nuestra ausencia, sin que constaran las lesiones ni el análisis de la expectoración.

Observación V.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, ±. Infiltración del lóbulo superior del pulmón derecho; indicios de hemoptisis; tos con algo de expectoración mucosa, sin bacilo de Koch; algo de fatiga, poco apetito, sin fiebre, pulso, 90. Soplo espiratorio, disminución del murmullo, aumento de resonancia de la voz y ligera submacidez en vértice derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Abril 30	0,2 c. c.
Mayo 3	0,5 —
— 10	1 —
— 26	1 —
Junio 10	1 —

En total se le pusieron 3,7 c. c. en mes y medio. Estuvo en el Sanatorio tres meses y salió sin nada anormal, con ligero aumento de resonancia de la voz en el vértice derecho, como curada.

Observación VI.—F. del C.: Al ingreso, ±; á la salida, +. Mujer de diez y seis años, 1,64 de talla; peso, 56 kilos. Infiltración del lóbulo superior del pulmón de-

recho, tos con escasa expectoración mucosa, sin bacilo de Koch, fatiga, indicios de hemoptisis y soplo espiratorio con aumento de resonancia de la voz en lóbulo superior derecho; sin fiebre. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Abril 19	0,5 c. c.
— 27	1 —
Mayo 10	1 —
— 26	1 —
Junio 10	1 —

En total se le pusieron 4,5 c. c. en dos meses. Estuvo en el Sanatorio tres, y salió sin nada anormal, curada.

Observación VII.—F. del C.: Al ingreso, ±; á la salida, ++. Mujer de veintitrés años, 1,61 de talla; peso, 51 kilos. Fluxión del vértice derecho; dos hemoptisis anteriores; tos con escasa expectoración, ni bacilo de Koch, sin fiebre, sin fatiga; frotostertores en vértice derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Abril 19	0,2 c. c.
— 26	0,5 —
Mayo 7	1 —
— 21	1 —
Junio 7	1 —

En total se le pusieron 3,7 c. c. en dos meses. Estuvo en el Sanatorio cuatro, y salió sin nada anormal, como curada.

Observación VIII.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, ++. Mujer de veintitrés años, 1,55 de talla; peso, 45,200 kilos. Fluxión del vértice izquierdo é infiltración del vértice derecho, fatiga, dolores torácicos, algo de tos y expectoración, sin bacilo de Koch y sin fiebre; frotostertores en vértice izquierdo y soplo espiratorio con aumento de resonancia de la voz en vértice derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Abril 19	0,2 c. c.
— 26	0,2 —
— 30	0,5 —
Mayo 10	1 —
— 25	1 —
Junio 10	1 —

En total, se le pusieron 3,9 c. c. en dos meses. Estuvo unos cinco meses en el Sanatorio; perdió más de 3 kilos y fué dada de alta en verano durante nuestra ausencia.

Observación IX.—F. del C.: Al ingreso, +; á la salida, +. Mujer de veinticinco años, 1,57 de talla y 48,500 kilos de peso. Tuberculosis fibrosa de ambos vértices, pequeñas hemoptisis anteriores, pérdida de fuerza y de peso, fatiga, tos, expectoración purulenta con tres bacilos de Koch por campo, sin fiebre. Soplo espiratorio fuerte, con gran aumento de resonancia de la voz en ambos vértices. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Abril 19	0,2 c. c.
— 26	0,2 —
— 30	0,5 —
Mayo 4	0,5 —
— 20	1 —
— 27	1 —

En total, se le pusieron 3,4 c. c. en dos meses y salió sin nada anormal como curada durante el verano,

pero sin habersele hecho análisis de esputos á la salida y estuvo tres meses en el Sanatorio.

Observación X.—F. del C.: Al ingreso, \pm ; á la salida, $++$. Mujer de veinticinco años, 1,57 de talla y 51,67 kilos de peso. Tuberculosis fibrocásica del lóbulo superior izquierdo é infiltración del vértice derecho, tres hemoptisis anteriores abundantes, mucha fatiga, pérdida de peso y de fuerzas, tos, expectoración purulenta con un bacilo de Koch por campo, sin fiebre ni taquicardia. Frotoestertores en lóbulo superior izquierdo y soplo espiratorio intenso en vértice derecho. Se le pusieron las siguientes inyecciones:

Abril 12	0,2 c. c.
— 19	0,2 —
— 26	0,5 —
Mayo 5	1 —

En total, se le pusieron 1,9 c. c. en un mes y estuvo en el Sanatorio cuatro meses. Al salir tenía fiebre, taquicardia, más disnea, tuvo varias hemoptisis, aumentaron los bacilos de Koch y se le dió el alta por empeorada.

(Continuará.)

QUISTE MUCOSO CONJUNTIVAL

POR LOS DOCTORES

CELSO JIMÉNEZ LÓPEZ

Profesor de la clínica de Organos de los sentidos en el Hospital de San Juan de Dios.

VÍCTOR RIBÓN

Jefe de clínica de este servicio.

ANTONIO PEÑA CHAVARRÍA

Jefe de trabajos prácticos del Laboratorio de Bacteriología de la Facultad de Bogotá.

En los últimos días del mes de Abril del presente año entró en la clínica una mujer de cuarenta y cinco años de edad, del Departamento del Tolima, en la República de Colombia.

Sobre un antiguo pterigión externo del ojo derecho, cuya cabeza pasa ampliamente del limbo corneano, se ha desarrollado un tumor pequeño, esférico, transparente, de consistencia blanda y ligeramente depresible, caracteres que permiten asegurar un contenido fluido.

Cuando tal tumor comenzó á crecer, la enferma sólo experimentaba la sensación de cuerpo extraño. El tumorcito dicho tenía intermitencias de crecimiento y de depresión hasta llegar al volumen actual, que le impide cerrar el ojo, conservando siempre los caracteres ya descritos, con la modificación producida por una muy pronunciada inyección vascular desarrollada en la conjuntiva y alrededor de la neoformación (véase la figura).

Basándose en la evolución del tumor y en sus caracteres físicos, el profesor diagnostica un *quiste mucoso conjuntival*, desarrollado sobre un pterigión y determinado por la obstrucción de alguna de las numerosas glándulas mucosas de la conjuntiva.

En efecto, los quistes de la conjuntiva presentan ordinariamente el aspecto de vesículas llenas de una

serosidad tan límpida como el agua de roca; la mayor parte de ellos, sobre todo los que se encuentran en la conjuntiva bulbar, provienen de vasos dilatados; con fre-



cuencia se observan en la conjuntiva escleral pequeñas esferas transparentes dispuestas como las perlas de un collar ó á continuación unas de otras y en forma de cilindros encorvados colocados horizontalmente; se trata aquí de vasos linfáticos dilatados y llenos de serosidad clara; dilatación que ha recibido el nombre de *linfangectasia* que se observa tanto en el curso de una inflamación conjuntival, como en una conjuntiva perfectamente sana.

En los fondos de saco se encuentran quistes que deben su origen á las glándulas conjuntivales de Krause; quistes hay también en la conjuntiva que resultan de un traumatismo; por lo que respecta á los quistes conjuntivales de gran tamaño, recuérdese que son debidos siempre á cisticercos.

Diagnóstico diferencial.—1.º *Tumores benignos.*—El *dermoide* es de aspecto epidérmico, seco, cubierto de vellos, y, á veces, de largos pelos; el *lipoma* es de color amarillento, de forma triangular, de base dirigida hacia la córnea, su sitio es indefectiblemente el ángulo externo de los párpados que lo ocultan, y se continúa siempre hacia atrás confundiéndose con la grasa orbitaria; los *pólipos* son excrescencias blandas, rara vez duras, pediculadas, situadas ordinariamente en los fondos de saco conjuntivales ó en la conjuntiva de los párpados; los *papilomas* son de estructura papilar, como su nombre lo indica y su apariencia es la de una frambuesa ó de una coliflor; los *tumores granulados* son consecutivos á pérdidas de substancia de la conjuntiva, debidas á ulceraciones, á traumatismos accidentales ó á operaciones; y los *angiomas* que se desarrollan primitivamente en los párpados é invaden después la conjuntiva.

2.º *Tumores malignos.*—En la conjuntiva bulbar pueden desarrollarse *epiteliomas melánicos* ó no; la presencia de gránulos de pigmento en los primeros los se-

para netamente de los segundos, y los caracteres macroscópicos de ambos, del resto de los tumores oculares malignos. Se puede afirmar sin restricción ninguna que el epiteloma, cualquiera que sea su variedad, muestra marcada predilección por el límite que separa la conjuntiva de la córnea, singularidad confirmada y explicada por la presencia de estos tumores en sitios análogos (histológicamente hablando) del resto del organismo; efectivamente, el epiteloma se desarrolla de preferencia en los puntos en que una variedad de epitelio sucede a otra, por ejemplo, en el límite de la piel y de una mucosa (labios, bordes palpebrales, ano, etc.). Otro elemento que explica el florecimiento del epiteloma sobre el limbo córneo-conjuntival, es la naturaleza especial del epitelio en este lugar, puesto que aquí se encuentran, aun en ojos sanos, hipertrofias epiteliales cónicas, cuyos prolongamientos se sumergen en los tejidos profundos.

Los *sarcomas* que si, ordinariamente, son pigmentados, se distinguen de los epitelomas por su forma de hongo y porque, en la generalidad de los casos, cubren gran parte de la córnea.

Tratamiento.—El 26 de Abril, previa anestesia del segmento ocular anterior por medio de la solución de cocaína y adrenalina (empleada en la clínica con este fin), el profesor disecciona la conjuntiva alrededor de la base de implantación del tumor, hacia abajo primero y después hacia arriba; en seguida por medio de las pinzas de dientes de ratón lo tracciona hacia afuera y secciona el pedículo conjuntival á que estaba adherido; finalmente hace un raspado cuidadoso de la porción de la córnea que cubría, sutura la herida conjuntival con cinco puntos de seda y aplica un vendaje monocular. Al tercer día se cambia el apósito y se quitan los puntos de sutura; y al cuarto se suprime todo apósito, habiéndose obtenido un éxito completo.

Endurecido el quiste extirpado en el líquido de Zenker, pasó en seguida por los alcoholes y la parafina cloroformada, se hizo la inclusión correspondiente para las secciones respectivas que se colorearon con eosina y azul de Unna en solución acuosa. El examen histológico indica á simple vista la naturaleza inflamatoria del quiste extirpado, lesión local que se situó en una glándula de la mucosa conjuntival que, reaccionando, determinó el quiste con su contenido coloide que salió en el momento de cortar el pedículo que lo unía al resto del tejido conjuntival. El examen atento de las paredes quísticas indica un tejido conjuntivo muy esclerosado que se ha dispuesto en capas, con una estratificación que va siendo cada vez más delgada del centro á la periferia. En el interior del quiste no hay tejido endotelial ninguno. Entre los estratos de tejido conjuntivo hay algunos leucocitos, indicio de reacción inflamatoria, que se revelaba claramente en el momento de la congestión marcadísima de la mucosa conjuntival que recubría el quiste.

Investigaciones sobre el examen fisiológico del sistema nervioso vegetativo

POR EL

DR. KUZNYAK

Ayudante de la Clínica de Medicina de Budapest;
director el profesor Korangi.



El sistema vegetativo desempeña papel importante en la patología de las enfermedades internas. Este papel ha sido puesto en evidencia desde los trabajos fundamentales de Eppinger y Hess. Según el concepto primitivo, los dos componentes del sistema nervioso vegetativo — el llamado autónomo y el sistema simpático —, conservan una equiponderación en los organismos sanos. Este equilibrio desaparece en los estados de enfermedad, en los cuales alcanza el predominio, ya el uno, ya el otro, y los síntomas dependen de la actuación más eficaz de uno de los dos componentes dichos. No quiero entrar ahora en la discusión del tema referente á la existencia del tono del sistema nervioso y me atengo á los trabajos de Bergmann; sin embargo, quiero decir algo sobre el lado clínico de la cuestión.

Como todas las esquematizaciones, la división de Eppinger y Hess fué en su principio fructífera para nuevas investigaciones. Se descubrieron en gran número de enfermedades, estigmas vagotónicos y simpaticotónicos y se concibieron gran número de enfermedades (asma bronquial, úlcera del estómago, colitis mucosa, etc.), como vagotónicas.

En atención á la importancia clínica de esta cuestión, se hizo necesario un diagnóstico exacto. Para este fin se investigaron los efectos sobre el organismo de aquellas sustancias cuya acción sobre el sistema nervioso vegetativo era conocida por la farmacología. Estas sustancias son-preferentemente la atropina, la pilocarpina, la adrenalina y otras. Es sabido que las terminaciones nerviosas autónomas son excitadas por la pilocarpina y paralizadas por la atropina, mientras que por la adrenalina son excitadas las terminaciones nerviosas simpáticas. Se esperaba, por lo tanto, que un *tono vago* aumentado ofrecería una mayor sensibilidad ante la pilocarpina y una resistencia á la adrenalina, mientras que un *tono simpático* ofrecería las características contrarias. Según mi opinión, este concepto *á priori* debe ser falso, pues del efecto de una sustancia no se puede deducir nada terminante sobre el estado del órgano anterior á su aplicación. Consideremos, por ejemplo, la posibilidad teórica de la acción de la pilocarpina con un tono vago aumentado. Sería posible que en un estado de gran excitación del sistema nervioso autónomo, el pequeño aumento por la irritación de la pilocarpina no produjera ningún efecto apreciable en el sentido de la ley de Weber, y al contrario, cuando por este pequeño aumento se sobrepasa el nivel, en cuyo caso, á la pequeña excitación puede seguir un gran efecto. Análogamente, pueden ser las circunstancias con un tono del vago anormalmente bajo: en este caso, el aumento relativo por la pilocarpina puede ser grande y producir un gran efecto, ó por el contrario, cuando para obtener

un efecto es necesario alcanzar un nivel dado, y éste no se logra, puede faltar el efecto. Por lo dicho se comprende lo difícil que es deducir, de la acción de los medicamentos, algo seguro sobre el sistema nervioso vegetativo. Así se comprende que las nuevas investigaciones afirmen el fracaso del examen farmacológico del sistema nervioso vegetativo. Lo que queda ha sido expuesto por Pophal y Friedberg.

Para el examen del estado del sistema nervioso vegetativo empleé durante la guerra un método algo diferente de los usuales. Después de la guerra he continuado esos exámenes en la tercera clínica médica de la Universidad de Budapest. Los fundamentos de mi método son: la pupila para juzgar el equilibrio del vago simpático. Es sabido que la pupila en las personas normales se encuentra inmediatamente bajo la acción constrictora del sistema autónomo (oculo-motor), y bajo la acción dilatadora del sistema simpático. Como de ordinario los impulsos son igualmente fuertes en ambos ojos, se encuentran las dos pupilas en el mismo estado de contracción (son del mismo tamaño). Si en uno de los ojos la excitación de las terminaciones nerviosas autónomas y de las terminaciones nerviosas del simpático aumentan igualmente, el equilibrio existente en las relaciones normales no variará. Otra cosa ocurrirá si el aumento de la excitación se añade a un estado de excitación latente de uno de los sistemas; en este caso se manifestará, en el ojo influido, la vagotonía por la miosis, y la simpaticotonía por la midriasis. La excitación de las terminaciones nerviosas autónomas se realiza de modo sencillo por medio de la pilocarpina. Desgraciadamente el excitante clásico del simpático, la adrenalina, es ineficaz, en el ojo, en condiciones normales, y ha debido acudir en su sustitución a la cocaína, cuyo efecto en el ojo no corresponde por completo al de la pilocarpina; sin embargo, esto ha tenido poca influencia en el resultado de nuestras investigaciones, pues una pilocarpina-hiper ó una pilocarpina-hiposensibilidad del ojo, se manifiesta de manera muy clara. Numerosas investigaciones nos han enseñado que hay una mezcla de pilocarpina-cocaína que en la mayoría de las personas no causa ni miosis ni midriasis; tal disolución equilibrada es, por ejemplo, de 1 por 100 de cloruro de cocaína en agua destilada con 0,3 á 0,4 por 100 de cloruro de pilocarpina. El efecto de semejante disolución lo he ensayado en más de 500 enfermos, y más de 2 000 investigaciones. El método es sencillo: se vierten tres á cuatro gotas de la disolución dicha en un saco conjuntival y se compara el tamaño de las dos pupilas, un cuarto de hora ó media hora después. He eliminado, para mis investigaciones, los enfermos que tienen pupilas desiguales ó rígidas ó con adherencias. Los resultados de esta investigación serán expuestos muy brevemente.

En una mitad de los sujetos, el tamaño de la pupila no varía después de la instilación de la disolución dicha (así ha sido determinada la relación entre la cocaína y la pilocarpina). Del resto, reaccionan la mayor parte con una miosis, mientras que en los menos, el ojo tratado deja apreciar una midriasis (si en la disolu-

ción disminuye la cantidad de la pilocarpina, se encontrarán, como es natural, menos reacciones mióticas y muchas más midriásicas). La pupila, en el ojo examinado, es, en el momento de la reacción, rígida, esto es, de importancia, porque puede ofrecer dificultades para juzgar un grado ligero de reacción si el ojo no tratado es sometido á una iluminación mayor ó menor que haga aparecer su pupila de un tamaño distinto del lado tratado y rígido á la luz. Para evitar errores sólo he empleado aquellos casos en los cuales se podía determinar la reacción sin duda alguna. La reacción se manifiesta siempre, ya en sentido constrictor ó dilatador, con pocas excepciones, como característica de cada individuo, esto es, que en cada uno la reacción es siempre en una misma dirección. La repetición de la exploración ha demostrado que el resultado de la reacción es independiente del estado momentáneo de la pupila; así en las personas que reaccionan con midriasis, se dilata la pupila, ya se practique la reacción en la cámara obscura ó á la luz del día.

Se tuvo gran cuidado en determinar si había alguna relación entre la reacción dada de la pupila y el aspecto clínico ó la constitución. El resultado fué que el comportamiento de la pupila es completamente independiente del resto del cuerpo. Es innecesario comunicar aquí todos los datos que demuestran la completa irregularidad de la reacción de la pupila en las distintas enfermedades. Individuos que clínicamente ofrecían una alteración del sistema nervioso vegetativo, reaccionaban ante la disolución de pilocarpina-cocaína en sentido contrario. En la época en que esperábamos lograr por la reacción de la pupila una ojeada en las relaciones de tono del sistema nervioso vegetativo, investigué esta reacción, por indicación del profesor v. Korange, en las mujeres antes y después de la menstruación, pero tampoco aquí se observó ningún cambio en la reacción característica de cada persona.

Se planteó luego el problema de qué modo se comportaba la reacción pupilar dicha con relación á los métodos farmacológicos de examen del sistema nervioso vegetativo conocidos hasta el día, y particularmente, si los individuos que reaccionaban con miosis ofrecían una hipersensibilidad á la pilocarpina y los que reaccionaban con midriasis tenían una hipersensibilidad á la adrenalina. En el examen de estas cuestiones se vió que ninguna de éstas suposiciones tenía fundamento. Había, como es natural, muchos entre los que reaccionaban con miosis, que tenían una hipersensibilidad á la pilocarpina, pero no era la regla, pues también se hallaban de estos entre los que ofrecían midriasis. Las mismas fueron las relaciones al examinar la sensibilidad á la adrenalina. Al hacer esta exploración comprobamos la justeza de las afirmaciones de Petren y Shorling, Dauer, Frank, Kanuer y Billigheimer. Encontramos numerosas personas que reaccionaban con igual fuerza del mismo modo á la pilocarpina como á la adrenalina. Las reacciones no se extienden á todo el sistema nervioso vegetativo, sino que ofrecen una electividad orgánica individual; así algunos reaccionan á una inyección subcutánea de adrenalina con gran tem-

blor y taquicardia y ninguna glicosuria, mientras que en otros la manifestación más extensiva es la eliminación del azúcar. Igualmente de la hipersensibilidad a los medicamentos citados, de la hipersensibilidad del organismo con respecto a aquellos nada puede predecirse sobre el estado del sistema nervioso vegetativo; así, por ejemplo, un caso bastante grave de asma bronquial soportó casi sin reacción una inyección de 0,01 de pilocarpina.

Fue interesante el resultado de la investigación en 57 enfermos de malaria, en los cuales hice la reacción en momento de fiebre y cuando estaban libres de ella. En 26 no cambió la reacción, y en 31 tuvo lugar un cambio muy marcado. Si exponemos las posibilidades de la reacción del siguiente modo:

midriasis, ninguna reacción, y miosis,

en 26 enfermos durante la fiebre tuvo lugar una desviación de la reacción primitiva hacia la derecha; es decir, que los que antes reaccionaban con midriasis, no reaccionaron ó reaccionaron con miosis, mientras que en cinco se desvió hacia la izquierda. Sin considerar estos datos como definitivos, quiero, sin embargo, hacer notar que esta relación coincide con la hipótesis de que durante la fiebre tiene lugar una excitación general del sistema nervioso vegetativo (Meyer y Sottlieb). Esta posibilidad nos hizo preguntarnos si la administración de medicamentos sería capaz de cambiar la reacción de la pupila. Se trataba en primer lugar de la pilocarpina, de la adrenalina y de la atropina. Los resultados de esta investigación pueden decirse en pocas palabras. En ningún caso se logró cambiar la reacción pupilar por la inyección subcutánea de pilocarpina. Otra cosa ocurrió con la atropina: aquí se dió el hecho sorprendente que en un gran número de casos, después de la inyección de un miligramo de atropina, la reacción se desvió en el sentido de la miosis (véase atrás). Una exploración más detenida esclareció esta paradoja: se demostró que la miosis sólo es aparente porque la pupila queda inmovilizada por la disolución de cocaína-pilocarpina, y así no participa en la midriasis atropínica del ojo no tratado, sino que permanece en su tamaño característico. El efecto de la adrenalina no ha podido ser aclarado todavía; en algunos casos la inyección de un miligramo de adrenalina no ha tenido ninguna acción sobre la reacción pupilar, mientras en otros se ha manifestado una desviación hacia la miosis.

Cuando revisáramos los numerosos ensayos hechos por otros autores y por nosotros mismos, llegamos a la persuasión de que no puede alcanzarse un examen farmacológico exacto del sistema nervioso vegetativo, ni por los métodos antes empleados, ni por el que yo he usado. Desde el punto de vista clínico, nos interesan menos los nuevos fundamentos de este fracaso, sobre los cuales no he de insistir aquí porque ello nos llevaría demasiado lejos, que lo que nos interesa el mismo hecho en sí. Sería falso, si se quisiera deducir de éstos datos negativos, que el sistema nervioso vegetativo no desempeña en la patología humana aquél papel primordial que se le ha adjudicado en los últimos años.

Por el contrario, todos los médicos saben que hay síndromes, y solo citaremos los del asma bronquial, la urticaria, el estreñimiento espasmódico, en los cuales el sistema nervioso vegetativo y especialmente su parte autónoma, llamada parasimpática, ocupa el centro del mecanismo patógeno, lo que aparte de los síntomas se demuestra por el efecto terapéutico de la atropina y de la adrenalina. Las relaciones no son, sin embargo, tan sencillas como Eppinger y Hess han descrito. Como ya han repetido varios investigadores, no se puede hablar casi nunca de un estado de irritabilidad general del sistema nervioso autónomo ó del simpático; de ordinario se localizan estos estados de irritación en algunos órganos, con lo cual es difícil declarar si la excitación ó irritación, es central ó periférica. En la mayor parte de los casos, no se trata de estados de irritación, sino de una irritabilidad aumentada de todo el sistema nervioso vegetativo. En estas relaciones tan enmarañadas, apenas puede chocar que las investigaciones farmacológicas, cuyos fundamentos, como ya hemos visto son hipotéticos, no den resultado alguno.

Nuestras investigaciones demuestran: 1) Que la hipersensibilidad a la pilocarpina no significa vagotonía y que la hipersensibilidad a la adrenalina no demuestra simpaticotonía; 2) La hipersensibilidad a la pilocarpina y a la adrenalina no son opuestas entre sí y en ocasiones sólo radican en un órgano aislado; así en un individuo pueden solo los ojos ó las glándulas sudoríparas ser sensibles a la pilocarpina; 3) Debe ser abandonado el concepto de vagotonía ó de simpaticotonía en su primitiva acepción, y como el diagnóstico funcional exacto del sistema nervioso vegetativo por el examen farmacológico es en la actualidad imposible, sólo se puede hablar del estado de los distintos órganos y no del estado del sistema nervioso vegetativo en general.

Todavía ignoramos si las nuevas investigaciones de Dresel resolverán el problema. La novedad de su trabajo está en que, a más del dato cuantitativo de la reacción de la adrenalina, se atiende a su curso cuantitativo; sin embargo, cae en la falta, según mi concepto, de deducir, de la reacción de un órgano (los capilares) el estado general del sistema nervioso vegetativo.

Bibliografía.

- 1) Bergmann, D. *Zschr. f. Nervhik.* 45. 346.—2) Pophal, *Erg. d. inn. M.* 19. 782.—3) Friedberg, *Erg. d. inn. M.* 20. 173.—4) Petren u. Thorling, *Zschr. f. klin. M.* 73. 27.—5) Bauer, D. *Arch. f. klin. M.* 107. 39.—6) Frank, D. m. W. 1921 Nr. 6 bis 7.—7) Knauer u. Billigheimer, *Zschr. f. d. ges. Neurol.* 50. 199.—8) Meyer u. Gottlieb, *Experimentelle Pharmakologie.*—9) Dresel, D. m. W. 1919 Nr. 35.—10) Dresel, *Zschr. f. exper. Path. u. Ther.* 22. 34.

(*Wiener Klinische Wochenschrift*, año XXXIV, núm. 49.)

Curso de conferencias sobre enfermedades del aparato digestivo en la infancia, organizado por la Sociedad Española de Pediatría.

CONFERENCIA DEL DR. D. FEDERICO GARCÍA MARTÍNEZ

Etiología de los trastornos gastrointestinales en los niños (1).

DISPEPSIAS

Hoy consideramos las dispepsias como trastornos exclusivamente funcionales, ya que desconociendo las lesiones sobre que puedan fundamentarse, nos referimos en ellas sólo a la deficiente elaboración que de los alimentos se hace en el aparato digestivo; pero así como otros grupos patológicos se han disgregado, constituyendo diversas entidades clínicas, según se ha profundizado en su estudio, es de esperar que cuando conozcamos la verdadera influencia que el sistema nervioso ejerce en sus aspectos, motor, sensitivo y trófico sobre el aparato digestivo, cuando conozcamos la acción de las glándulas de secreción interna sobre los órganos digestivos, etc., este conglomerado clínico del cual no sabemos algo más de lo que a su función secretoria se refiere, se disgregará constituyendo entidades nosológicas diferentes.

Por lo pronto, con relación a nuestros conocimientos, tenemos que aceptar la distribución que hace Combe, diciendo que «es un trastorno de nutrición, causado en el organismo del niño, por una desproporción entre la alimentación que debe ser digerida y los jugos que deben digerirla».

Solamente este enunciado nos da idea del concepto que se tiene de dispepsia, resultando de él que la imperfección de la digestión ha de producir en primer término, sustancias tóxicas para el organismo, y en segundo lugar, la falta de nutrición completa ha de conducir al niño a la hipotrofia ó atrepsia.

¿Qué causas podemos considerar como determinantes de la dispepsia?

Las unas dependen de la alimentación, sea por su cantidad, ó por su calidad; las otras dependen del niño. Entre las primeras, ocupa lugar preferente la *sobrealimentación*. Las cantidades exageradas de leche, ó las tomas de ésta muy frecuentes, perturban la digestión gástrica, dando lugar a la formación de productos de fermentación, que por su reacción irritan las paredes del estómago, y al pasar al intestino, son difícilmente neutralizadas, y no pudiendo ser modificados los alimentos en forma para constituir los últimos elementos de desintegración, alteran el metabolismo orgánico, con todas sus consecuencias; además, la flora intestinal se modifica profundamente en sentido sacarolítico, ó proteolítico, según el elemento causa de la dispepsia, llevándonos esto de la mano al terreno de la etiología de la gastroenteritis y de la enterocolitis.

Para una perfecta nutrición, es condición indispensable que los elementos alimenticios estén en la proporción debida, según las necesidades individuales, tanto para reponer pérdidas, como para contribuir al

desarrollo del niño. Asimismo debe tenerse en cuenta la cantidad de estos elementos para su mejor digestibilidad, pues ya hemos dicho que algunas como las grasas, se elaboran mejor que aisladas, en presencia de los hidratos de carbono.

Esta pudiera ser una de las causas de la difícil tolerancia de la leche de vacas, pues sabemos que contiene más caseína que la leche de mujer, siendo más pobre en lactosa; de aquí la práctica de añadir agua a la leche para diluir la caseína, enriquecerla con la adición de azúcar, al menos durante los primeros meses de la vida.

La *hipoalimentación*, aunque menos frecuente, puede hacer niños dispépticos, pues faltando alimento suficiente, falta el estímulo para la secreción digestiva normal, y subsiguiente elaboración.

Otra causa de dispepsia es la alimentación prematura, ó exagerada, con harinas, pues además de ser este alimento incompleto, por su deficiente cantidad de azoe y grasa, produce más fácilmente fermentaciones ácidas, y alteraciones orgánicas y generales (distrofias).

Otro tanto podemos decir de los niños alimentados con leches que contengan gran cantidad de azúcar. Podrá ser ó no cierta la teoría de Finkelstein, fundada en la propiedad pirogénica del azúcar; pero lo que sí se observa en la clínica, es que los niños que ingieren grandes cantidades de azúcar padecen con frecuencia diarreas ácidas, por la gran cantidad de ácidos desarrollados en su intestino.

Pueden las leches contener productos tóxicos, ó ser éstos causantes de trastornos gastrointestinales; las vacas alimentadas con forrajes verdes, hacen que su leche contenga gran cantidad de ácidos y principios volátiles, los que frecuentemente originan vómitos y diarreas.

En iguales condiciones se encuentran las leches procedentes de vacas alimentadas con productos de destilerías, por las cantidades de ácido acético y principios volátiles que pueden contener; pero este medio de alimentación no suele emplearse.

La leche de vacas enfermas contiene toxinas y antitoxinas, no habiéndose podido demostrar la existencia del microbio productor de la enfermedad de la vaca. Se ha discutido mucho si estas toxinas producían trastornos al niño, habiendo quien ha sostenido que el epitelio intestinal se encargaba de su destrucción; pero sea de ello lo que quiera, sólo el hecho de la enfermedad de la vaca puede producir alteración en la composición de la leche.

Existe un segundo grupo de causas de dispepsia, debidas exclusivamente al niño.

En primer lugar, se encuentran los que tienen herencia diatéctica, los cuales presentan una meopragia funcional, de sus distintos órganos.

La *diátesis tímico linfática*, que se presenta en niños pálidos, con panículo adiposo abundante, con adeno patías é hipertrofias de timo.

Su función intestinal es insuficiente, teniendo frecuentemente diarreas, acompañadas de fenómenos tóxicos,

(1) Véase el número anterior.

Estos síntomas serían debidos, según Basch y Klose, á insuficiencia del timo, é intoxicación ácida consecutiva por insuficiente neutralización del ácido fosfórico.

La *diátesis linfática* da á los niños un aspecto pálido y delgado, con exudación seborreica abundante en la cabeza y eczemas en la cara y axilas, fácilmente infectables, con sus adenopatías consecutivas.

Son niños con blefaritis, bronquitis crónicas, anginas repetidas, vegetaciones adenoideas, que presentan frecuentemente diarreas glerosas, y que padecen una excitabilidad exagerada de su sistema nervioso.

Estos enfermos se caracterizan por la dificultad que su aparato digestivo tiene para el metabolismo de las grasas.

La *diátesis neuropática* caracteriza á los niños que la padecen, por tener intolerancia de la leche, son pálidos y delgados, y sus sistema nervioso es fácilmente excitable. Son aquellos niños que al principio de esta descripción dijimos no toleraban la leche de su madre; algunas veces llegan á habituarse á ella, aunque nunca completamente, tolerando bien algunas veces la leche de vacas.

Toleran bien las leches con fuertes cantidades de caseína, presentando una intolerancia á las grasas.

Czerny y Bunge atribuyen esta diátesis á la insuficiencia del depósito de fosfatos que los niños tienen al nacer.

Asimismo otros niños de este mismo grupo no toleran la leche de vaca sólo, pero sí cuando en ellos se hace lactancia mixta, apareciendo los trastornos gastrointestinales tan pronto como se les pretende destetar.

Otro grupo de dispépticos, son aquellos que presentan insuficiente función de las glándulas de secreción interna, el tiroides y la hipófisis, actuando sobre la motilidad intestinal, cuando su función está exagerada, provoca deposiciones abundantes y diarreicas. Se comprenderá fácilmente cómo este exceso de motilidad ha de llevar aparejada una imperfecta elaboración y desdoblamiento de los alimentos.

Las enfermedades agudas hacen dispéptico al niño tanto por la intoxicación que la enfermedad pueda producir, como por la alteración de los jugos digestivos, y la disminución de las zimasas metabólicas, contenidos en todas las células del organismo.

Otro tanto puede decirse de las enfermedades crónicas, sífilis y tuberculosis principalmente.

El calor externo ejerce grande influencia sobre el aparato digestivo del niño; éste soporta muy mal las temperaturas elevadas, disminuye el régimen de tolerancia y las defensas orgánicas, pudiendo llegar á producir cuadros muy parecidos al del cólera infantil, pero del cual debe distinguirse.

Cuando no llega á este extremo, siendo la tolerancia alimenticia escasa, debe tenerse cuidado con las raciones alimenticias, pues tan pronto como se sobrepase este régimen de tolerancia, aparecerán los trastornos digestivos.

He dejado de intento para el final, la intolerancia

para la leche de vacas, y sobre la cual Marfan tanto ha insistido. Son muchas las opiniones que hay sobre este asunto, desde los que la consideran como una dispepsia corriente, hasta los que creen se trata exclusivamente de fenómenos anafilácticos, por la introducción en la sangre de albúminas heterólogas y capaces de formar anticuerpos, y especialmente precipitinas; pero sobre esto, como sobre la patogenia de las dispepsias, falta mucho por saber, siendo esta la causa de la formación de este grupo nosológico, tan heterogéneo.

GASTROENTERITIS

La *gastroenteritis*, diarrea coleriforme de Marfan, cólera infantil, intoxicación de Finkelstein, es el proceso más agudo y que acaso tiene más importancia por su rapidez y gravedad, siendo patrimonio exclusivo de los niños criados á biberón, siendo tan frecuente en verano, que algunos autores han considerado las temperaturas estivales, como condición indispensable para su producción.

La interpretación de sus causas ha sido muy variada.

Los partidarios de la *infección exógena*, parten del principio de que es condición indispensable que esté el niño alimentado con leche de vacas, no importando la cantidad de leche que toma, ni el tiempo que lleva sometido á este régimen, la cual, por ser un buen medio de cultivo, aportaría un microbio aun desconocido que infectaría el intestino; este mecanismo estaría favorecido por las altas temperaturas de verano, siendo además predisponente el estado dispéptico anterior del niño, ó las enfermedades concomitantes.

A esta teoría exclusivamente exógena, se le puede impugnar diciendo que en algunas ocasiones se producen casos de gastroenteritis con la leche perfectamente esterilizada (sin microbios vivos); completándose esta teoría, con la de los partidarios de la *intoxicación exógena*.

Según ésta, la leche podrá no contener microbios; pero si se ha esterilizado tarde, es decir, habiendo transcurrido mucho tiempo después del ordeño, multiplicándose los microorganismos con una rapidez asombrosa, sus toxinas y endotoxinas quedarían en la leche y serían las que producirían los efectos tóxicos.

Los defensores de la *infección endógena* atribuyen la gastroenteritis á un aumento de la virulencia de los microbios, que existen en el intestino delgado, ó por ascenso de los que se encuentran en los tramos inferiores; pero cabe preguntar: ¿por qué este proceso no se encuentra más que en los niños criados con leche de vacas?

Por último, los defensores de la escuela de Finkelstein atribuyen todo el cuadro sintomatológico, á la *intoxicación endógena*, la cual se haría exclusivamente por la conversión de los alimentos en venenos, principalmente por la sal y el metabolismo incompleto de los azúcares; esta teoría, basada exclusivamente en la intoxicación alimenticia, tiene en contra suya el hecho de que para la producción de la gastroenteritis, pueden ser suficientes pequeñas cantidades de leche, y además,

que si sólo interviniera la intoxicación, tan pronto como se cesara de alimentarle con leche, los fenómenos consecutivos debían desaparecer, cosa que en la clínica no siempre ocurre.

La diversidad de maneras de interpretar este asunto, siendo cierto en muchos casos lo que cada teoría enseña, pero no bastante cada una para explicar lo que en la clínica ocurre, movió á Combe á exponer su teoría mixta, en la cual había, unas veces infección de la leche, produciendo alteraciones ácidas, las que originarían el catarro intestinal; y, por otra parte, la infección del quilo, haría que se desarrollara una flora sacarolítica que, descomponiendo los hidratos de carbono en ácidos grasos inferiores, intoxicaría el organismo.

**

A esta teoría, que es la que más se acerca á nuestra manera de pensar, haríamos algunas modificaciones, pensando así explicar todos los casos que se dan en la clínica.

«Creemos que la gastroenteritis de los niños está producida, en primer término, por un microbio vulgar que existe tanto en la leche como en el intestino del niño (enterococo, B. coli, B. lactis aerogenes, etc.). Si la leche no está bien esterilizada y contiene el *microbio vivo*, siendo este alimento un buen medio de cultivo, prolifera, aumenta su virulencia y al ser ingerido contamina el intestino; si la leche está bien esterilizada, pero lo ha sido tarde, cuando ya *contiene gran cantidad de toxinas*, éstas, al ser ingeridas, obrarían sobre los microbios análogos existentes en el intestino, exagerando la virulencia (de igual manera que la introducción en el organismo por vía hipodérmica, de grandes cantidades de tuberculina, exalta la virulencia de los bacilos tuberculosos existentes).

»Por esta manera de obrar, el organismo no se intoxicaría fuertemente por las toxinas contenidas en la leche, sino que éstas estimularían á los huéspedes habituales del intestino.

»Una vez desarrolladas las toxinas en el intestino, se disminuirían las defensas epiteliales de él, favoreciéndose, por una parte, la absorción tóxica, y por otra, la de los azúcares y sales, que, como hemos dicho, tienen efecto pirogénico. Estaría ayudado este mecanismo por la acción del calor, principalmente por la disminución que con él se hace de las secreciones intestinales, las que no podrían ni neutralizar los ácidos formados, ni ejercer su acción bacteriolítica.

»Creemos, por último, que se trata de un microbio sacarolítico por la exagerada acidez de las deposiciones, producida por fermentación de los hidratos de carbono, y además porque en la clínica está demostrado que cuando en este proceso se suprimen los azúcares y se somete al enfermo á un régimen albuminoso, se obtiene un gran número de casos de curaciones, en mayor proporción que por otros medios.

»Por este mecanismo de acción se explicarían los distintos cuadros clínicos y la mayor ó menor gravedad, según los distintos factores que intervengan.

»De esta manera nos explicaríamos por qué unas

veces, cuando se trate sólo de leche con toxinas, un régimen curativo precoz obtiene éxito en pocos días de tratamiento, pues tan pronto como dejan de obrar las toxinas los microbios intestinales vuelven á su vida habitual, mientras que otras veces, acaso la ingestión de microbios vivos, con exagerada virulencia, que á más de asaltar los del intestino, hace verdaderas siembras, da lugar á los casos en que es largo ó fracasa el tratamiento.»

ENTEROCOLITIS

Aunque de pasada, dijimos anteriormente que la flora intestinal estaba repartida desigualmente, abundando los microbios sacarolíticos en el último tramo del intestino delgado, disminuyendo según se avanza en el intestino grueso, pululando en cambio los microbios proteolíticos ó de la putrefacción en las primeras porciones de éste, los cuales son más abundantes en el colon ascendente y transversal, por necesitar para su vida un medio alcalino.

Si consideramos que la flora de fermentaciones ácidas impide el desarrollo de los microbios de la putrefacción y que éstos no pueden obrar mientras el medio es ácido, si recordamos que el contenido intestinal no pierde del todo su acidez hasta llegar al colon, nos explicaremos la razón de la existencia de los microbios anaerobios en el intestino grueso.

Es la colitis enfermedad eminentemente microbiana producida, en primer término, por los huéspedes habituales del intestino, B. bifidus, B. perfringens, B. putrificus, y, además, por los que pueden llegar á él, estreptococo, estafilococo, paratífico, Shiga-Kruse, etc.

Pero además del microbio, es preciso que el terreno sea apto para su desarrollo por la abundancia de elementos albuminoideos que mantienen el ambiente alcalino. Esta es la razón por la que los niños criados á pecho exclusivamente, padecen pocos enterocolitis, pues además de no contener microbios la leche materna, la gran cantidad de lactosa que contiene mantiene siempre el intestino con cierta acidez, lo que impide que la pequeña cantidad de caseína pueda ser pasto de los microbios de la putrefacción.

Estos agentes vivos pueden proceder del exterior, porque los contengan los alimentos que al llegar á este tramo intestinal encuentran terreno apropiado, ó por los chupadores ó mil objetos que los niños se llevan á la boca.

También pueden ser introducidos en el ano por los termómetros ó sondas empleadas.

En los alimentados por la madre ó nodriza, las grietas del pezón ó mastitis, pueden ser causa de que la leche contenga estafilococos.

Las enfermedades de la boca (estomatitis), de la nasofaringe (amigdalitis, vegetaciones adenoideas), pueden ser causa de que el pus ó la saliva cargada de microbios aporte al intestino estos elementos de infección.

Lo mismo puede decirse de algunas enfermedades generales, bien porque sus productos de secreción sean deglutidos (sarampión, tos ferina, pulmonía), bien por-

que el microbio infecte el intestino, se elimine por las mucosas ó porque las toxinas irriten su pared, disminuyendo la resistencia.

Se citan también casos de colitis producidos en enfermos sometidos á tratamiento mercurial, por la inflamación que éste produciría en el colon al eliminarse, análoga al mecanismo de producción de la estomatitis mercurial.

En otro grupo de causas nos encontramos los que se refieren á alimentación, no por los microbios que ésta pueda llevar, sino por su composición; los niños alimentados con sustancias albuminosas en cantidad exagerada (sobrealimentados con leche de vacas, huevos, etc.), ó se hacen dispépticos albuminosos; condición muy favorable para la infección del colon ó por la desintegración incompleta de estos alimentos azoados, se produce irritación de la mucosa é infección después por sus microbios anaerobios.

En los casos de hipersecreción intestinal, ulceraciones ó hemorragias del aparato digestivo, pueden estos productos y elementos ser un buen caldo de cultivo para los agentes patógenos.

Indicaremos, por último, la gran frecuencia de las colitis en los niños con antecedentes ó manifestaciones neuroartríticas; enfermos que además son muy sensibles á las variaciones de temperatura exterior, en los que con mucha frecuencia se ven casos de colitis de repetición.

Terminemos, pues, diciendo que la lactancia artificial es la culpable casi de todas las enfermedades gastrointestinales de los niños, y si en realidad no sabemos de una manera concreta la causa íntima de muchos trastornos, la clínica nos demuestra que no es nunca un factor sólo el que interviene, sino que la *alimentación*, los *microbios* y las *condiciones individuales* se barajan entre sí con preferencia distinta en cada caso, constituyendo los diversos tipos clínicos apuntados, cuyas causas hemos procurado recordar.

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Un caso de bronco-espiroquetosis de Castellani con inoculación positiva.**—Los Dres. Cavazzukli y Arena han comunicado á la Sociedad Médica de La Plata el siguiente caso clínico:

D. D., veintinueve años, argentino, almacenero. El padre falleció de afección cardíaca á los cuarenta y cinco años (estuvo enfermo dos años); la madre vive y es sana. Ha tenido seis hermanos; cinco son sanos y uno falleció por traumatismo.

Hace ocho años tuvo blenorragia y chancros múltiples.

Desde hace tres años tiene tos discreta y expectoración blanquecina solamente al despertar.

El 8 de Marzo de 1922, caminando por la calle, entregado á sus ocupaciones, escupió algunas bocanadas de sangre, síntoma que se repitió en el día varias veces. El 10 de Marzo una abundante hemoptisis lo indujo á guardar cama. Ese día fué levantado el siguiente estado actual:

Sujeto de estado general y aspecto inmejorable. Apirético; con 85 pulsaciones; 18 respiraciones. Se queja de leves dolores en el hemitórax izquierdo; tos. La hemoptisis ha sido de 250 c. c.

En vista de este síntoma, practico solamente un ligero examen físico del aparato respiratorio, encontrando: submatidez de la región subclavicular y del hueco axilar del lado izquierdo; disminución de entrada de aire y rudeza respiratoria en las mismas regiones. Sospecho que se trata de un tuberculoso. Prescribo: reposo, silencio, bolsa de hielo, etc.

La hemoptisis se repite dos días más, por la mañana, y después todo tiende á normalizarse.

A los diez días examino detenidamente el aparato respiratorio del enfermo, encontrando: respiraciones de frecuencia normal, excursión torácica normal y por toda alteración una disminución de la sonoridad, aumento de las vibraciones vocales, espiración prolongada y áspera sobre vértice izquierdo, constatables en las regiones subclavicular, supraespinosa y hueco axilar correspondientes.

La radioscopia permite apreciar solamente una ligera opacidad en el vértice izquierdo y permite eliminar la posibilidad de que se trate de un quiste hidatídico ó de un neoplasma.

La tos ha disminuído mucho y sólo se produce al expectorar.

Por indicación nuestra el enfermo cuenta las veces que expectora, las que oscilan entre 10 y 14, según los días; y pesa diariamente, en frasco tarado, sus esputos que han descendido á una cantidad aproximada de 10 gramos.

Los esputos son mucopurulentos, á veces, y otras mezclados con sangre. Un primer análisis no revela la presencia de bacilos de Koch; en un segundo análisis, practicado el 29 de Mayo, la investigación de dichos bacilos fué también negativa, pero en los preparados tratados con el método de Fontana-Tribondeau observamos la presencia de abundantes espiroquetas con marcado polimorfismo, que correspondían á la descripción que habíamos leído en Brumpt, autor del artículo sobre espiroquetosis en el tratado de Rogel, Widal y Teissier (tomo IV, pág. 496).

De inmediato procedimos á efectuar dos pruebas de laboratorio de importancia: la suerorreacción de Wassermann, que fué francamente negativa, y la inoculación de los esputos.

En los cobayos inyectados por vía subcutánea á los tres días ya se había formado un absceso del que se extrajo por aspiración, con jeringa esterilizada, un pus denso, cuyo examen microscópico reveló la presencia de las bacterias piógenas comunes y de espiroquetas, no muy abundantes. A los cinco días, con una nueva punción, obtuvimos un pus más flúido, ligeramente sanguinolento, en cuyo examen se observó la presencia de abundantes espiroquetas.

De tres cobayos inoculados, dos murieron á los ocho días, y en la necropsia se observó solamente un enorme absceso en el punto de inoculación, el que contenía pus flúido, fétido y de color parduzco. Con la sangre de estos cobayos se hicieron cultivos aerobios y anaerobios que permanecieron estériles. La investigación de espiroquetas en la sangre y en los frotis de hígado y bazo, fué negativa.

Al tercer cobayo se le incindió el absceso á los seis días de inoculado y la cavidad abscesual fué lavada con agua esterilizada, tratando así de curarlo de la infección aguda y poder comprobar la ausencia del bacilo de Koch en los esputos inyectados, pues de haber existido, ya habría infectado las vías linfáticas. Efectivamente, el cobayo sanó del absceso, sin presentar posteriormente la sintomatología ganglionar y general del cobayo tuberculoso. El día 14 de este

mes lo sacrificamos y en la necropsia no hemos encontrado nada anormal.

Con el pus de los dos primeros cobayos hemos inoculado otros, en serie, los que presentaron una sintomatología idéntica á los primeros, debiendo hacer notar que en el pus de los abscesos formados siempre se han encontrado espiroquetas hasta el tercer pasaje.

Inoculamos conejos por vía subcutánea con el mismo resultado. Inoculado por inyección intratraqueal un gato, no contrajo la enfermedad.

Observado al condensador paraboloide en campo obscuro el pus de los abscesos, convenientemente diluido, constatamos que las espiroquetas están dotadas de escasa movilidad.

Siguiendo la indicación de los que han tratado este tema, se han practicado al enfermo inyecciones endovenosas de neosalvarsán, después de las cuales los síntomas pulmonares se habían atenuado. El enfermo, que no me consulta desde hace dos meses, ha aumentado 7 kilos. Los esputos aún subsisten, aunque escasos.

Ya desde la epidemia de gripe de 1919, uno de nosotros en unión del Dr. Eduardo Blomberg, había constatado en los esputos de enfermos de bronconeumonía, cuyo proceso se prolongaba en forma excepcional, la presencia de espiroquetas. Aun cuando esta observación no fué publicada, recordamos que los casos observados sanaron completamente.

En los meses transcurridos del presente año, el doctor Blomberg ha encontrado dos veces abundantes espiroquetas en los esputos hemoptoicos. En uno de los casos se trataba de una señorita, con toda la sintomatología de una influenza, que estaba bajo nuestra asistencia. Las preparaciones de los esputos, que presentaban ovillos de espiroquetas, fueron mostradas á los colegas que asistieron á la sesión que la Sociedad de Pediatría realizó en esta ciudad. La enferma sanó perfectamente con el tratamiento ordinario de la forma pulmonar de la influenza.

Estas observaciones concuerdan con la autorizada opinión de los Dres. Aráoz Alfaro y Vacarezza, de que «esta afección se halla bastante difundida entre nosotros». Harían suponer, además, que la espiroqueta polimorfa de Castellani puede ser una forma de las espiroquetas banales de la boca, que mediando procesos inflamatorios del aparato respiratorio, podrían invadirlo, haciéndose más ó menos patógenas (Brumpt: «Tratado de Medicina», de Roger, Widál y Teisser, pág. 496).

El tiempo dirá lo que haya de exacto en todo esto. Por ahora hay un hecho indiscutible: en presencia de una hemoptisis, al hacer el diagnóstico por exclusión, hay que recordar, entre las otras causas, la broncoespiroquetosis de Castellani, ya resulte una entidad nosológica ó una infección secundaria. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 5 de Octubre de 1922.)

2. Un caso interesante de aortitis y aneurisma del cayado.—Los Dres. M. Viamonte y R. Pérez de los Reyes comunican el siguiente caso clínico:

P. M. L., español, de sesenta años de edad, casado, comerciante y vecino del Vedado, se presenta en la consulta del Dr. Presno, «no porque creyera que su enfermedad fuera de importancia, sino para ver qué cosa era el pequeño bulto que presentaba en la parte superior y derecha del pecho, y porque sentía su brazo derecho como adormecido».

Historia familiar.—El padre murió cuando él tenía tres años y no recuerda de qué. La madre había muerto antes, á los ocho meses de darlo á luz, cree que de resultados del parto. De sus hermanos, uno murió de fiebre amarilla; los demás son sanos.

Historia personal anterior.—Es un hombre saludable; sólo ha tenido alguno que otro catarro, gonorrea cuando joven, y un chanero hace treinta y cinco años, que curó con algunas cauterizaciones, y que cree fuera sifilítico. Sus hábitos han sido los de un hombre tranquilo, nunca fumó, bebió «lo natural», no ha sido tomador de café, aunque sí es y ha sido un buen comedor.

Enfermedad actual.—Hace ocho años sintió, al hacer un esfuerzo, como un dolor localizado en la espalda, por debajo del omoplato derecho y que se extendía á todo el brazo derecho. Desde hace poco, siente ardor en la garganta, garraspera y ganas de bostezar.

Examen físico.—Es un hombre fuerte, trabado, de poca estatura. Talla: cinco pies y seis pulgadas. Peso: 169 libras. Es de buena presencia, de color trigueño y un poco amarillo.

Cabeza.—Pelo abundante, canoso. Es cierto de vista. Su nariz y su oído no ofrecen nada de interés. Boca: algunas caries y falta una pieza. Lengua saburral en su parte posterior. Garganta pálida. Encías en mal estado, dientes flojos. No presenta ni ha presentado trastornos de la fonación.

Cuello.—Se aprecian duros y aumentados los ganglios submaxilares. Las venas están ingurgitadas y no se ven latir. En el hueco supraesternal no se puede percibir con el dedo el latido aórtico. El signo de la tráquea ó signo de Oliver Carliarelli, que consiste en tirar hacia arriba de la laringe teniendo el sujeto el mentón hacia arriba con la cabeza hacia atrás, se notaba bien, sintiéndose el latido aórtico. No hay bocio.

Tórax.—Ancho, bien formado, con un buen pánículo adiposo y buenos músculos. Circunferencia: 103 centímetros y 2 centímetros de expansión respiratoria. Lo que más llama la atención en la parte anterior del tórax, es la presencia de un abultamiento á nivel del lado derecho del esternón y de la segunda costilla. Al palparlo se le siente latir. Las venas de este lado se presentan aumentadas y llenas de sangre; no tanto las del lado izquierdo. La matidez aórtica está aumentada, rebasando á la derecha el esternón, sobre todo en el primero y segundo espacio intercostal derechos. A la izquierda también se percibe un notable aumento de la matidez aórtica. La parte posterior del tórax no ofrece nada notable á la inspección, estando la columna vertebral normalmente incurvada.

Corazón.—El latido de la punta se percibe en el sexto espacio intercostal izquierdo, por dentro de la línea mamilar. No está aumentada la matidez cardíaca. Auscultando, sólo se oye el segundo tono de la punta; los dos tonos tricuspídeos están aumentados, más aumentado el segundo; los tonos aórticos están velados, sordos, más velado el segundo, propagándose este sonido especial en dirección de los grandes vasos; el tono pulmonar está velado.

Pulmones.—Anteriormente se percibe rudeza respiratoria en el pulmón izquierdo. Posteriormente se nota respiración ruda en el vértice del pulmón izquierdo y soplane en la base. En el pulmón derecho se notan algunas crepitaciones.

Abdomen.—Algo abombado, no distendido por gases. No es constipado ni padece de malas digestiones. No hay dolor á la presión. Hernia inguinal derecha. No hay adenitis inguinal.

Extremidades superiores.—Bien formadas. La piel es seca, el tejido adiposo está bien distribuido y su sistema piloso y muscular son los de un hombre de su edad. La circulación venosa presenta un estancamiento, más marcado á nivel de las manos, como si hubiese un obstáculo á la circulación de retorno. No hay signos apreciables de osteoartropatía néumica hipertrofiante.

Extremidades inferiores.—Buena gordura, algo incurvadas, con algunas várices y sin edemas. No hay pie plano.

Aparato génito urinario.—Nada de interés.

Ano y recto.—No hemorroides, ni prurito, ni dolor. Se percibe el pase de los excrementos. Próstata normal.

Sistema nervioso.—Buen carácter, buen apetito, buen sueño. Los reflejos rotuliano, cremasteriano, pupilares, están normales. La pupila es igual en ambos lados. El signo de Romberg es negativo.

Pulso: 80 al minuto. No se nota retardo apreciable entre el pulso radial derecho y el izquierdo, aunque se percibe con más dificultad el derecho. No hay arritmia. Temperatura: normal. Su respiración es normal, no hay disnea. Reacción de Wassermann: negativa.

Examen teleradiográfico y radioscópico de los grandes vasos.—El examen radioscópico en la posición frontal da el resultado siguiente: la sombra del mediastino sobrepasa uniformemente el reborde derecho del esternón hasta la altura de la extremidad anterior de la tercera costilla. Por encima de este nivel vemos una sombra opaca, homogénea, pulsátil, de contornos bien definidos, que describe una curva de convexidad derecha cuyo punto más prominente se encuentra a la altura de la extremidad anterior, a nivel de la segunda costilla y la línea mamilar y de ahí se dirige hacia arriba y ligeramente hacia la línea media, confundándose con la sombra de la extremidad interna de la clavícula.

La curva aórtica está acentuada.

En posición oblicua anterior derecha se observa que el espacio retrocardíaco está disminuido a nivel de la aorta ascendente y debido al aumento de volumen de la misma. La porción superior del mediastino posterior es opaca a los rayos X.

En posición oblicua anterior izquierda se observa una dilatación uniforme de la aorta descendente.

La teleradiografía confirma la existencia de la sombra anormal que hemos descrito, el aumento de la sombra mediastínica y la acentuación del semi-círculo aórtico izquierdo ó curva aórtica.

El diámetro transversal del cayado es de 14,5 centímetros.

La cuerda del semicírculo izquierdo tiene 5 centímetros de longitud.

Conclusión.—A nuestro juicio se trata de un caso de aortitis de la aorta torácica con una dilatación aneurismática del cayado de la misma.

Electrocardiograma.—El espacio P R está aumentado en las tres derivaciones. El vértice R es de poca altura en todas las derivaciones, pudiendo ser debido a que el aumento de masa haya hecho cambiar la posición del eje eléctrico del corazón. Como carácter especial de este trazado se vió en derivación I y II que antes de la onda T aparece una pequeña accesoria.

Presión arterial.—Máxima, 93; mínima, 65; diferencial, 33.

Conclusión.—Por los signos físicos y radiológicos es bien fácil hacer el diagnóstico: se trata de un caso de aortitis y aneurisma del cayado aórtico, de origen sifilítico. (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, 25 de Septiembre de 1922.)

SIFILIOGRAFIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **El tartro bismutato de potasio y sodio en el tratamiento de la sífilis.**—El Dr. J. Nen Posada hace un estudio detallado de los resultados obtenidos por este tratamiento de la sífilis y establece las siguientes conclusiones:

1.^a El tartro bismutato de potasio y de sodio tiene una acción evidentemente curativa sobre los procesos sifilíticos.

2.^a Inyectando intramuscularmente en suspensión aceitosa, produce dolor local de intensidad variable en íntima relación con el estado de sensibilidad del paciente.

3.^a Produce algunos fenómenos de reacción general y exacerbación de síntomas por su acción congestiva (reacción de Herschöimer), y no por su toxicidad, que lo es en grado mínimo.

4.^a Su absorción se hace rápidamente y su eliminación lentamente, probándolo el hecho de actuar a las pocas horas de inyectado sobre ciertos procesos y de continuarse su acción curativa hasta los quince ó veinte días después de suspendida su administración.

5.^a La dosis máxima a emplear varía con cada enfermo, señalando el límite de la misma como con el mercurio, la gingivostomatitis, señal de la saturación del organismo que puede ser evitada y no ofrece peligro alguno.

6.^a Tiene sobre la espiroqueta una acción destructiva muy poderosa, haciéndolas desaparecer de los chancros y placas después de la primera ó segunda aplicación.

7.^a Cura los chancros en plazos que varían entre cuatro y diez días, según sea su dimensión.

8.^a Las placas mucosas, roséola y demás accidentes del período secundario, son curados en plazos variables entre cinco y veinte días, ocurriendo lo mismo con las manifestaciones del período terciario, úlceras, gomas, etc.

9.^a Cura procesos específicos que se han manifestado reacios a otras medicaciones, entre ellos la leucoplasia bucolingual, modificando favorablemente otros como la endoartritis.

10. En las afecciones nerviosas de origen luético parece tener una acción especial, electiva, casi constante, determinando mejorías en relación con el estado del enfermo, no observadas con otras medicaciones.

11. Los neurasténicos y abúlicos reaccionan en forma verdaderamente perceptible y rápida, puede decirse, desde la iniciación de la cura.

12. Los monopléjicos, hemipléjicos y parapléjicos con perturbaciones de la palabra, recuperan, también en breve tiempo, los movimientos de sus miembros realizando la marcha en forma casi normal, sin la ayuda de apoyos. La misma reacción favorable se opera en el lenguaje permitiéndoles una dicción clara.

13. Los tabéticos ven atenuarse y desaparecer las crisis dolorosas mejorando la marcha; aumentar la sensibilidad general, así como la de la vejiga conjuntamente con las contracciones musculares de las paredes de la misma, permitiéndoles orinar voluntariamente, con menor esfuerzo y mayor proyección, ejerciendo a la vez dominio sobre el esfínter vesical, lo que produce la disminución y supresión de la incontinencia involuntaria de orina.

14. En un paralítico general, en quien el mercurio y arsénico parecieron ejercer una acción exacerbante de la enfermedad, produjo la remisión total de sus síntomas desde las primeras inyecciones, siendo el primero en desaparecer la disartria, hallándose hoy el paciente ejerciendo su vida normal, aparentemente curado.

15. Su aplicación no requiere una preparación previa del enfermo, ni cuidados ulteriores, lo que permite hacer un tratamiento ambulatorio.

16. El resultado de mi corta experimentación no hace más que confirmar la opinión del sabio profesor Dr. Roux, cuando, al hacer la presentación del nuevo medicamento a la Academia de Ciencias de París, decía:

«Desde este instante el bismuto debe de ser considerado

como uno de los agentes antisifilíticos más poderosos que tenemos.»

Sólo el tiempo, acompañado de una mayor experimentación, dará el veredicto definitivo. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 31 de Agosto de 1922.)

APARATO DIGESTIVO EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Sobre los trastornos nerviosos de origen apendicular, por los Dres. Constantin Poenaru Caplesco y Demetre Paulian.**—Dejando á un lado las complicaciones nerviosas que aparecen á veces en el curso de las apendicitis agudas, tales como meningitis, abscesos cerebrales, neuralgias ó neuritis periféricas toxiinfecciosas y los trastornos bulbares ó medulares de origen apendicular grave, los autores señalan solamente aquellos enfermos que acusan trastornos nerviosos y dispépticos *sin haber tenido jamás una crisis apendicular*, en los que se descubre una apendicitis latente absolutamente desconocida y cuyos trastornos nerviosos y dispépticos desaparecen por completo y para siempre después de la apendicectomía. Los enfermos observados por Caplesco y Paulian presentaban, en la mayoría de los casos, trastornos gástricos ó intestinales; asociados siempre á trastornos nerviosos más ó menos acentuados y algunas veces eran solos los trastornos nerviosos. Estos enfermos acusan una anorexia más ó menos marcada; después de comer experimentan una sensación de plenitud en el epigastrio acompañada de dolores vagos, á veces angustiosos; á veces tienen eructos y vómitos dos ó tres horas después de la comida. Los vómitos les procuran una calma completa. Para evitar estos trastornos los enfermos se acuestan después de comer, emplean termóforos y calmantes, polvos alcalinos que con frecuencia calman su dolor. Todos ellos tienen la lengua sucia, saburrosa, atribuyéndolo al estreñimiento como causa principal. De vez en cuando sufren una especie de cólico violento de corta duración, localizado profundamente por cima del ombligo, ó bien un cólico generalizado por todo el vientre. Acusan, además, una *cefalalgia intensa* caprichosa, frecuentemente acompañada de insomnio y de agitación; por la mañana estos enfermos están fatigados y con mala disposición. Se sienten mejor cuando no comen, ó comen muy poco, siguiendo un régimen ligero lactovegetariano. De ordinario están apiréticos. Los hay también que no presentan trastornos digestivos, pero que se han vuelto en poco tiempo irascibles, nerviosos, con dolores de cabeza y sueño agitado. Todos estos enfermos no han tenido jamás crisis de apendicitis, son tratados como enfermos gastrópatas, pero sin conseguir curarse. Varias observaciones que publican los autores ilustran esta descripción clínica; los apéndices extirpados mostraban siempre evidentes alteraciones (ulceraciones en la mucosa de la mitad basilar, contenido mucopurulento, hipertrofia del tejido linfoide, cálculos ostercoráceos, manchas equimóticas, etc.). En cuanto á la patogenia de esta sintomatología apendicular, conviene fijarse en que siempre existen lesiones anatomopatológicas indudables del apéndice y en que los enfermos acusan síntomas de dos clases, pero todos de un carácter reflejo: *Síntomas subjetivos* (anorexia, pesadez epigástrica, náuseas, tendencia al vómito, cólicos abdominales al lado de trastornos nerviosos: irritabilidad, jaqueca, insomnio, á veces taquicardia y trastornos respiratorios con angustia); *Síntomas objetivos* (espasmo pilórico, dolor á la presión en el epigastrio, timpanismo; á veces vómitos alimenticios y biliosos, dolores á la exploración de la fosa ilíaca al nivel de la región apendicular, que conducen al diagnóstico). Estos síntomas de orden reflejo abdominal son

bien conocidos porque se parecen á los trastornos nerviosos descritos en otras afecciones abdominales bajo la denominación de *síndrome simpático*. La irritación producida al nivel del apéndice se transmite por la vía simpática al plexo celíaco produciendo una reacción del sistema nervioso de los órganos vecinos ó lejanos, como el estómago, esófago, intestinos, corazón, etc., y que dan la clase de los trastornos subjetivos y objetivos observados al examinar á los enfermos. Los trabajos sobre la apendicitis parasitaria vienen también en apoyo de esta teoría. Caplesco llamó además la atención sobre la ictericia crónica apirética de origen apendicular. En presencia de los trastornos nerviosos, gástricos ó intestinales, debe comenzarse siempre el examen clínico por la conjuntiva; si existe ictericia más ó menos pronunciada, debe redoblar la atención para precisar si se trata ó no de apendicitis, bien entendido, sobre todo, en aquellos casos en los que no haya habido en los antecedentes del enfermo ninguna crisis apendicular (*Bull. de l'Acad. de Médecine*, núm. 30, 25 de Julio de 1922).—E. LUENGO.

BIOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Efectos de la administración de las diastasas de los tejidos hepáticos sobre la crisis hemoclásica digestiva provocada y la glucosuria floridzínica, por Joseph Martin, King-Li Pin y Vassitch.**—La administración de las diastasas de los tejidos hepáticos, no va seguida solamente de una mejoría del estado clínico como lo ha establecido Magnon; ella ha permitido á los autores en los enfermos con glucosuria floridzínica negativa y con crisis hemoclásica positiva, obtener el restablecimiento del primer signo y la desaparición del segundo. El último resultado es una prueba de la mejoría funcional del órgano. Estos dos efectos no son obtenidos simultáneamente, la glucosuria floridzínica reaparece siempre antes de la supresión de la crisis hemoclásica. La función proteopéptica se turba, pues, más fácilmente que la función glucogénica y se restablece más lentamente. Si bien las experiencias del laboratorio parecen establecer que en la glucosuria floridzínica el azúcar sea elaborado por los riñones, esta elaboración no parece posible más que á expensas de ciertas sustancias vertidas en el torrente circulatorio por el hígado, desde el momento en que mejorando el estado funcional de este órgano por la administración de diastasas hepáticas, cuya especificidad está establecida, es como restablece la glucosuria floridzínica. La mejoría funcional del hígado está por otra parte demostrada por la desaparición de la crisis hemoclásica. Se concibe, por otra parte, que á consecuencia de una insuficiencia hepática, el hígado no derrama más en la sangre las sustancias necesarias á la producción de la glucosa por el riñón, por lo cual este último factor llega á ser impotente y que la floridzínica queda sin efecto, se comprende entonces que la glucosuria floridzínica, aunque de origen renal, puede traducir, ante todo, un estado de insuficiencia hepática. (*Bull. de l'Acad. de Med. de París*, núm. 30, 25 de Julio de 1922).—LUENGO.

E. I.

¡Extraño sentimiento es el de la venganza! Cuanto más ruin y pequeño es el corazón en que nace y se anida, más es el grande y desproporcionado hijo bastardo de la equidad y del rencor, se disfraza de justa reparación, cuando no es más que incitación de la maldad y el odio á la reminiscencia de los impulsos del salvajismo ancestral.

(Ich.)

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.



SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Oarían.—Homenaje al Dr. Massip Budesca.—Los juegos infantiles por el Dr. Oscar Piñerúa.—Los mártires de la ciencia, por A. C. y C.—Premios médicos Boylston.—Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía, por el Dr. Barrio de Medina.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Año nuevo.—Reformas en fárfara.—Pérdida sensible.

En muy concisos términos hemos de hacer nuestra salutación sincera á los constantes favorecedores de EL SIGLO MEDICO en este primer número del año del 1923 que corresponde al SEPTUAGÉSIMO de nuestra publicación. Invariable y sostenido es el favor que nos dispensan, como sostenido é invariable es el propósito que hemos abrigado, y abrigamos, de defender sus intereses científicos, morales y profesionales; de este consorcio esperamos que acabe por resultar labor eficacísima para lo que es nuestro ideal común, y mientras aquél favor no nos falte, no hemos, por nuestra parte, de desfallecer, ni siquiera de descansar en nuestro esfuerzo.

De que el apoyo del público médico no se entibia, son muestra bien clara los balances de nuestra lista creciente de suscriptores; de que nosotros no desfallecemos, no son menor demostración nuestras actuaciones incesantes, pertinaces y, casi pudiéramos decir, que tercas en la lucha contra los obstáculos que á la reivindicación de los ideales médicos se oponen. De tales obstáculos, no nos importan los que pudiéramos llamar íntimos y de familia; ellos habrán de cesar más tarde ó más temprano, cuando el buen sentido llame al entendimiento de los que siempre hemos tenido por hermanos y al corazón de los que obcecadamente se extravían. Los importantes son los obstáculos externos, los que se personifican en el estudiado abandono de nuestros hombres políticos hacia los altos intereses sanitarios; en el desdén inexplicable del cuerpo social ante el problema fatídico de nuestra mortalidad aterradora; en la falta de cultura y en el escepticismo imbecil de los que, llamándose hombres de su época y presumiendo de letrados, no se percatan de la responsabilidad moral que contraen al cerrar los oídos á nuestras desinteresadas y altruistas advertencias.

Contra este *bloqueo* de resistencia estólida é inexplicable, es contra el que debemos cerrar, unidos en un interés común, los médicos todos, ya que la Sociedad nos ha confiado, siquiera por fórmula ex-

terna, la salvaguardia de su salud, la prolongación posible de su vida y el mejoramiento y robustez de la raza.

No desmayando nunca, mostrándonos propicios á toda avenencia de unión, conducente al fin noble de nuestros esfuerzos, nos encontrarán siempre en el camino que nuestros antecesores nos señalaron, los que positivamente sientan el anhelo del mejoramiento de la vida colectiva y de la consideración que todos deben á los que por ella trabajan, es decir, á los médicos, á las clases sanitarias en general y á los amantes de la Higiene en todas sus manifestaciones.

Un hecho de significación absolutamente particular nos ha proporcionado en estos últimos días el gusto de conversar con algún detenimiento con nuestro buen amigo el señor duque de Almodóvar del Valle, actual ministro de la Gobernación.

Habiendo leído en los periódicos algunas declaraciones que éste señor había hecho ante los representantes de la Prensa política, y rodando la conversación hacia los asuntos sanitarios, pudimos escuchar de los labios del ministro, con verdadera complacencia, los firmes propósitos que le animan de abordar decididamente la Reforma Sanitaria en la manera que le consientan las disposiciones para las que transitoriamente puedan eludirse la intervención de las Cortes. Como este ha sido siempre nuestro deseo, basado en el convencimiento de lo inútil que es la apelación al largo procedimiento legislativo, siquiera le reconozcamos como el más eficaz y básico, se comprende que escucháramos con gusto las promesas del señor duque de Almodóvar que ya, según nos afirmó, tiene en vías de realización importantes decretos relativos á la organización del Servicio de Inspección y tratamiento de las enfermedades venéreas, de la prohibición de venta clandestina de los venenos narcóticos y de la parte sustancial del Decreto en que se han de consignar las principales bases de la lucha contra las enfermedades evitables, apartando de él, para reformas particulares y ulteriores, aquellas cosas menos importantes que se refieren á organizaciones de personal, siempre embarazosas para el logro de lo

que puede tenerse por verdaderamente importante, aspirando á que no esté sometido á contingencias y variaciones inspiradas con intereses particulares, y aún de clases.

Mucho celebraremos que estos buenos propósitos del señor ministro nos ofrezcan frecuentes ocasiones de aplausos y no sean de aquellas intenciones de que dice el viejo refrán, que se encuentra empedrado el infierno.

Triste es, ciertamente, la noticia que debemos comunicar á nuestros lectores, aun teniendo la certeza de que les será ya conocida por la prensa diaria: el Excmo. Sr. D. José Grinda Forner, académico de número de la Real y Nacional de Medicina, médico de Cámara de SS. MM., antiguo catedrático supernumerario de la Facultad de Medicina de Madrid, condecorado con muchas de las estimables Ordenes nacionales y extranjeras; hombre de afa-ble carácter, de recta conducta, de exquisito trato, de espíritu elevado, de decoroso compañerismo, erudito, culto, incansablemente estudioso, murió repentinamente, cuando su familia y sus amigos y aun él mismo suponía que se hallaba en el goce de la más perfecta salud.

Nuestro dolor por tan sensible pérdida ha sido tan hondo como sincero, pues las constantes manifestaciones de su afecto hacia nosotros nos hacían considerarle como uno de los más íntimamente allegados á todo aquello en que nosotros mostrá-amos ardoroso interés. ¡Es tan fácil coincidir cuando se camina hacia una cima!

A su distinguida familia enviamos nuestro pésame, al que ciertamente se asociarán en la intención los numerosos discípulos que recibieron del Dr. Grinda inolvidables enseñanzas en la Clínica durante una época en que la desorganización de nuestra enseñanza de medicina interna encontró en él un alivio que nadie puede olvidar. Precedió á Alonso Sañudo, á Redondo, á Simonena, y á algún otro en esta labor que hacía bien necesaria la prolongada dejación del espíritu docente en esta importante enseñanza de la Medicina y en nuestra Facultad central.

DECIO CARLAN

HOMENAJE AL DR. MASSIP BUDESCA

El día 21 del pasado Diciembre tuvo lugar la entrega de la artística placa de plata que el Cuerpo de Médicos del Registro civil de España regala al doctor D. Eduardo Massip Budesca, como justo homenaje á sus méritos y prueba de gratitud por su celo y acierto con que ha amparado y dirigido los esfuerzos de la

colectividad, por cuya dignificación y mejora tan constantemente ha trabajado.

El valor del recuerdo, acertada labor de los talleres de orfebrería de la casa Espuñes, está realmente en la unanimidad con que la gratitud de los integrantes del Cuerpo se ha manifestado, lo que al honrar al que la despertó honra grandemente á los que han sabido sentirla y han querido perpetuar su acuerdo de la pasada Asamblea de Mayo, grabando en el preciado metal el título de presidente del Cuerpo de Médicos del Registro civil de España á favor del ilustre Dr. Massip.

El acto de la entrega tuvo lugar en el domicilio del homenajeado, que recibió con su afabilidad conocida y exquisita modestia la delicada prueba del afecto de sus compañeros, obsequiándoles con un espléndido lunch á la terminación del acto.

Asistieron los Dres. Villarón, La Guardia, Labrada, Carralero, Prieto Bolaños, Loraque, Gil Ramos Redondo, Castro Lajara, San Pedro, y Cortezo y Collantes, disculpando su ausencia y adhiriéndose al acto el resto de los compañeros de Madrid y provincias.

El Dr. San Pedro, secretario del Cuerpo, hizo, en nombre de todos, la entrega de la placa con sencillas y conmovidas palabras, y á continuación el Dr. Massip, al agradecer cumplidamente el homenaje, hizo una exposición del estado en que las conclusiones de la Asamblea se encuentran, pendientes ahora del juicio técnico del Claustro de la Facultad de Medicina y la Real Academia Nacional de Medicina.

Gran conquista ha sido ésta de encauzar la resolución de este asunto fuera del muy respetable, pero nunca técnico parecer, de la Administración y ello debe ser motivo de justa satisfacción para el Cuerpo de Médicos del Registro civil, por cuanto la resolución ministerial que recaiga sobre sus aspiraciones, irá fundamentada en informes que se habrán de ajustar á la realidad médica y no á la fantasía administrativa y sobre cuyo valor no insistimos por no ser necesario, dado el nombre de los altos tribunales que han de emitirles.

Terminada la disertación del Dr. Massip, se sumaron al homenaje, en representación de la Protección Escolar, que tanto debe al agasajado, la señora doña Eloisa López Alvarez, doña Tina Aguaro y el Sr. Lerma que dieron cuenta de la adhesión al acto, de cuantos componen la benéfica institución y, en especial, de su presidenta la excelentísima señora marquesa de la Corona.

En resumen, fué un acto justo, cordial y confortador por cuanto representó de unidad, gratitud y esperanza y del que pueden estar orgullosos sus promotores.

Enviamos desde estas columnas nuestra adhesión al Dr. Massip, con nuestra felicitación y nuestro incondicional apoyo en cuantos trabajos y empeños se consagre para la mejora del digno Cuerpo de Médicos del Registro civil.

LOS JUEGOS INFANTILES

No voy á referirme en el presente artículo periodístico á la educación de los niños y su instrucción por medio de los juegos sistematizados. En este sentido, hacien lo referencia á niños anormales principalmente, á esos niños en los que es preciso despertar las funciones intelectuales y tonificarlas ó hacerlas fuertes para el cotidiano vivir, existe un libro que, de entre los que conozco, me parece el más perfecto y completo: *La iniciación á la actividad intelectual y motriz por los juegos educativos*, del Dr. Decroly y Mlle. Monchamp, director y profesora, respectivamente, en el Instituto Médico-Pedagógico de Uccle (Bruselas).

Quiero simplemente contemplar al niño jugando. Quiero ver cómo influyen en la formación del individuo los juegos infantiles; cómo denotan el carácter; cómo nos presentan con las características individuales de su psicología al pequeño ser que, andando el tiempo, ha de dar honor á su país ó mezclarlo en el fárrago inmenso de la mediocridad.

Quiero también hacer resaltar cómo por los juegos que los niños cultivan á su albedrío podemos descubrir en ellos condiciones y aptitudes latentes que no sospechábamos y que se manifiestan con toda la fuerza de una irresistible vocación.

Los niños, cuando juegan, son libres, dice Ricardo León. Son dueños de sí. Son los más fieles intérpretes de la democracia y hasta de la anarquía.

¿Habéis detenido un momento vuestra atención para observar á esos infantes rollizos y mofetudos que constituyen una sociedad en pequeño, formada con arreglo á los dictados de las más modernas organizaciones políticas, en la cual sociedad cada uno es un rey, dentro de su cáscara de nuez, donde se mueve á su antojo, y á su antojo desarrolla sus actividades y vive la vida del ser libre é independiente de toda tiranía externa?

En un grupo de pequeños jugando podréis observar cómo se manifiesta el temperamento, y así el más fuerte de espíritu—no siempre el más corpulento—es el que dirige; el más ingenioso y con alma de inventor es el que aporta los pequeños detalles para que el juego sea impecable; el más artista pone la nota sentimental, y el más enteco espiritualmente acoge la labor mecánica, manual, bruta, por decirlo así. Y en medio de esta espontánea armonía y división del trabajo, de este *taylorismo*, como ahora lo llamamos, ni una disputa, ni una amenaza de huelga. Y allí no hay Sindicatos, ni hay gremios, ni hay agentes inspectores; sólo existe la luz de la vida natural con los destellos del genio que la creó.

Pero á medida que el niño juega se van despertando en él aptitudes y condiciones, que son las que formarán el hombre del mañana, y estas aptitudes y estas condiciones, preciso es no destruirlas, no desvirtuarlas, y tenerlas siempre presentes para su ulterior aprovechamiento.

Y así podremos ver, á poco que agucemos la inteligencia, la muchedumbre de formas de imaginación, de temperamento, de organización sensorial y sensitiva de los niños. Unos son aptos para vivir en el mundo de los colores y de las formas; otros en el de los sonidos; otros, los más, á mi entender, en el mundo de los movimientos y de la acción. Aquéllos son de constitución robusta ó débil; éstos son linfáticos ó nerviosos; de carácter triste ó alegre, indolente ó activo, franco ó tímido, comunicativo ó concentrado. Y con arreglo á estas disposiciones de su personalidad, los niños aprecian las cosas de muy distinto modo: unos apreciarán la parte resplandeciente, luminosa, optimista, y otros goza-

rán sintiendo intensamente y compenetrándose con el dolor, con lo amargamente terrible.

Porque el niño, aun en su primera edad, no es un pedazo de barro que podamos modelar á nuestro capricho; ni, como alguien cree, es sólo un «rollo de carne y un hacecillo de nervios que se estremecen á compás de todas las sensaciones.» Es también un manojo de instintos activos conducidos, sí, por las impresiones del exterior, pero con un fin principal: la conservación del ser.

Y en él hay algo más: la imaginación y el sentimiento, fuentes perennes del bien y la felicidad.

Y si el niño es todo esto, ¿cuánto no influirán en el futuro hombre, formando su carácter y señalándole el destino, las primeras impresiones recibidas? «Una ternura que nos meza entonces, endulzará toda la vida; y un sufrimiento que nos hiera, dejará perpetuamente el poso amargo de una cólera y de una rebeldía.»

Y como en el niño son los juegos la principal ocupación y jugando es como mejor se educa y se forma espiritual y físicamente, su estudio y su perfecto conocimiento son de capital importancia.

Recordemos la atención que los antiguos grandes pueblos Grecia y Roma prestaban á elemento tan importante en la formación del ser.

En aquellos pueblos grandes por los luminares de su genio, se enseñaba al niño desde que nacía á conservar el cuerpo con el mayor grado de vigor y el espíritu abierto á todas las más elevadas concepciones artísticas. Y los parques de juego; y los acuarios y los baños y piscinas públicos, y los circos, servían para adquirir la fortaleza, el vigor, la audacia y la voluntad.

Jugando es como el niño adquiere mejor estas facultades.

Y haciendo honor á la verdad, hay que decir que el pueblo lo sabe; que las quejas de algunos médicos y pedagogos son injustas y sus suposiciones infundadas; que todos sabemos que á los niños hay que alimentarlos más con el pan del espíritu que con el del cuerpo, y así desde hace tiempo oímos de continuo voces que claman por la atención al pequeño ser é inteligencias superiores que se afanan en proporcionarle el bienestar á que tanto derecho tiene.

Mas la causa verdadera de la pasividad realmente desconcertante de nuestros Gobiernos en lo que atañe á la defensa del niño y á la formación como consecuencia de fecundos manantiales de valores positivos en la generaciones venideras y de riqueza y esplendor para España, no es el desconocimiento de las necesidades ni la ausencia de cerebros bien constituidos entre los directores de la vida nacional. Todos saben de sobra la verdad de nuestras quejas. Y más aún: todos están inspirados por buenos deseos. Y así veremos cómo nos hacen promesas que nunca se cumplirán ni llevarán á la realización. Porque la causa no es otra sino la apatía, la pereza nativa, la indolencia en nuestra raza; raza de genios é inteligencias superiores, pero adormecida [quién sabe por qué, quizás por el fuego de nuestro sol radiante ó por el cansancio de la madre vigorosa y fecunda que aun deseando nuevos hijos para que la levanten en su decrepitud, tiembla de miedo por los dolores que al parirlos han de ocasionarla.

Los parques de recreo infantil son necesarios. Parques en los que esa minúscula sociedad que será la gran sociedad de otros días, pueda libremente gozar de su dorada edad. Y yo me atrevería á pedir que en esos parques existieran instructores oficiales, los cuales enseñaran nuevos juegos á los niños, dejándoles después que los modificaran como quisieran y con su ingenio é imaginación les dieran la forma que á su temperamento respondiera.

Mas como la constitución orgánica del niño también es digna de reparo con objeto de permitirle ciertos juegos y prohibirle otros—asunto del que trataré en distinto lugar—, preciso es también que la «Inspección médico-escolar» ya establecida, en unos casos, y el médico de cabecera solicitado por los padres, en otros, hagan la clasificación que corresponde de los pequeños y con arreglo á sus consejos se actúe después.

Este, el estudio físico y psicológico de todos los niños, es el sueño dorado de los que á ellos dedicamos nuestra actividad y nuestro saber.

[Vislumbres de nueva vida, albores de un mañana mejor y de generaciones de seres humanos en cuyos cuerpos no se cobijen como traidores los deseos insanos, las pasiones enfermas, los apetitos bastardos, las cobardías, las intrigas, las mezquindades, las implacables envidias, las deslealtades y todas cuantas deformidades del espíritu hacen al hombre inferior á otros seres...]

Quizá quimeras. Pero no. Yo tengo fe. Miro á las generaciones presentes y barrunto nuevos días y veo en el horizonte la luz que nos guía.

Y hemos de ser nosotros los médicos, unidos en activo consorcio con los maestros, los que hemos de labrar la obra, darle forma y terminarla.

Dr. OSCAR PIÑERÚA

(De la Real Academia Nacional de Medicina.)

LOS MARTIRES DE LA CIENCIA

Bajo este epígrafe ha publicado Antonio de Lezama en *La Libertad* del domingo 17, un artículo que no dudamos en considerar de suma utilidad profesional y de calificar de un gran patriotismo; lo primero, porque aunque tal vez no lo crea así el autor, ha producido un efecto emulativo muy necesario al dormido romanticismo de la clase; y lo segundo, porque no es justo que al lado de las figuras extranjeras merecedoras del encomio, quede enmohecida la lira de las alabanzas propias.

El que perjeña estas líneas confiesa públicamente su pecado. No es más que un modesto cronista que recoge de los voceros del movimiento universal de nuestra profesión las notas que considera de mayor interés histórico y en las revistas extranjeras ha inspirado sus frases de alabanza para el altruismo de los Bergonié, de los Charles Vaillant, de los Contremoulins, de los Inffroit, omitiendo nombres más queridos como los de Mateo Milano, Puelles y García Fernández.

También en España, dice Lezama, ha habido y hay mártires de la ciencia y en el mismo ramo de la ciencia en que dejaron sus vidas ó su integridad los compañeros extranjeros que hemos mencionado. Lo que no hay en España es el amor al que se sacrifica por ella, ó si lo hay, es un amor callado, oculto.

No es sólo á las revistas profesionales á las que les cabe la obligación de enaltecer los prestigios de los héroes médicos como Misnael García Fernández; el autor del artículo que elogiamos se ha enterado de los méritos de los radiólogos aludidos, en periódico tan ajeno á la medicina como *La Ilustración Francesa*.

A nosotros ¿mismos nos han pasados inadvertidos méritos alcanzados al otro lado del estrecho, que debimos adornar con los más selectos calificativos, por la parquedad ó ausencia de noticias que no pueden obtener directamente más que los grandes diarios.

En España hace falta que no se popularicen tanto las figuras de los protagonistas de los crímenes sensacionales, y se encumbren, por el contrario, algo más las de los beneméritos de la patria.

A. C. y C.

PREMIOS MÉDICOS BOYLSTON

Estos premios, abiertos á la pública competencia, se ofrecen para la mejor disertación sobre cuestiones de ciencia médica, propuesta por el Boylston Medical Committee.

En la reunión anual celebrada en Boston en 1920, se concedió un premio de 300 dólares á un ensayo titulado «Inflamación aguda de la nariz, faringe y amígdalas», por monsieur Stuart Mudd, de St. Louis.

Para 1922 se ofrece un premio de 500 dólares y la medalla Boylston, para la mejor disertación sobre los resultados de investigación original en Medicina, siendo elegido el asunto por el mismo autor. La medalla Boylston se añadirá al premio en metálico, solamente en el caso de que el ensayo contenga una originalidad especial en las investigaciones detalladas.

Las disertaciones que aspiren al premio deben estar en manos del secretario, Reid-Hunt, M. D. Harvard Medical School, Boston, Mass., antes del 1.º de Febrero de 1923.

En la concesión de estos premios se dará preferencia á las disertaciones que contengan trabajos originales, pero si ninguna disertación se considera digna de un premio, puede éste no ser concedido.

Cada disertación debe tener, en lugar del nombre del autor, una sentencia ó lema, y debe ir acompañada por un sobre lacrado que tenga escrito la misma sentencia ó lema y que contenga dentro el nombre y residencia del autor.

Cualquier indicio por el cual se dé á conocer al Comité al autor del trabajo, obligará á que dicho trabajo sea considerado fuera de los aspirantes.

Las disertaciones deben estar impresas ó escritas con máquina y sus páginas dispuestas en forma de libro. Todas las disertaciones no premiadas pasarán á poder del secretario, del cual pueden ser obtenidas junto con el sobre lacrado sin abrir, si se solicitan antes de un año después de haber sido recibidas.

En virtud de un acuerdo adoptado en 1826, el secretario fué autorizado para publicar anualmente los siguientes votos:

1.º Que el Comité no se considera como aprobador de las doctrinas contenidas en cualquiera de las disertaciones á las que se hayan adjudicado los premios.

2.º Que, en caso de publicación de una disertación premiada, el autor está obligado á poner la declaración anterior en la publicación.

El Comité Médico Boylston está designado por el presidente y socios del Harvard College y consta de los siguientes médicos:

Presidente, William T. Porter; secretario, Reid Hunt; Edward H. Nichols, Henry A. Cristain y John Warren. Las señas del secretario, son: Reid Hunt, M. D. Harvard Medical School, Boston, Mass.

Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.

Sesión correspondiente al mes de Diciembre de 1922,
bajo la presidencia del Dr. Covisa.

Anafilaxia de tipo edema agudo de Quinke, de origen medicamentoso.

Dr. Sáinz de Aja.—Desde hace algún tiempo venimos observando fenómenos reactivos de orden orgánico, de origen medicamentoso, en los que quizá se pueda admitir una patogenia de orden general, en relación con fenómenos de anafilaxia. Consideramos interesante relatar los distintos incidentes que sucesivamente han venido pasando y que nosotros hemos anotado, y así diremos, que Lancha Fal fué el primero que presentó en esta Sociedad un caso en que á raíz de una inyección venosa de cianuro de oro y potasio, en un enfermo afecto de un lupus eritematoso, se originó un edema agudo, localizado de punto de inyección para abajo, indoloro, que duró tres días, desapareciendo espontáneamente y que entonces no supimos explicarnos.

Posteriormente hemos visto varios casos semejantes: en una enferma afecta de psoriasis á la que se trataba con inyecciones también venosas de salicilato sódico, tuvo también un característico edema local. Otra enferma con sífilis, al ponerla una primera inyección de neo-tropol (bismuto), ya hicimos observar en otra sesión de esta Academia, que tras de un intenso picor de manos y pies, se la presentó un enorme edema de ambos, acompañado de intensos escalofríos y fiebre, que acabó en una eritrodermia generalizada, desapareciendo todo á su vez en cinco días; esta inyección fué intramuscular: con ciarsal, que es un compuesto idéntico al cianuro de mercurio, hemos observado también un edema localizado á brazo, en diversas inyecciones y con distintas dosis.

En otro orden de tipo, pero respondiendo también á fenómenos anafilácticos locales, hemos observado en el punto de la inyección subcutánea de una dosis de 30 centigramos de cacodilato sódico, una pequeña inflamación, indolora, sin picor ni síntomas de infección.

Por último, hasta por vía digestiva cita el caso de la aparición de una urticaria purpúrica consecutiva á una toma de Laxen-Bustos, cosa no extraña hasta cierto punto, ya que todos sabemos que el edema de Quinke puede observarse á consecuencia de la ingestión de ciertos alimentos y medicamentos, lo que parece demostrar que son hechos de causa diversa, tanto en cuanto á la medicación empleada, como al punto de la aparición de los fenómenos locales.

Considera que la introducción de las soluciones de cloruro de calcio, cuando nos ocurran estos accidentes, nos evitarán en todo ó en gran parte éstos, cuando no podamos prescindir de la medicación origen de los mismos.

Por último, nos habla del afenil como un buen preparado cálcico.

Dr. Portilla.—Interviene estableciendo la diferencia entre los casos con fenómenos generales incluíbles en las anafilaxias digestivas ó medicamentosas y aquellos otros locales observados después de inyectar en las venas distintos medicamentos y que él cree, como ya ha dicho en otras ocasiones, que son debidos á una acción vasoparalítica motivada *in situ* por el medicamento.

Relata dos casos de su práctica, uno de una curiosísima idiosincrasia para la quinina, sostenida durante toda la vida de una enferma, y otro de una señorita que durante una temporada en que padeció una anafilaxia digestiva, tomó una tableta de aspirina que la produjo un edema cutáneo mucoso tan acentuado que puso en peligro la vida de la enferma.

Con motivo de estos casos hace algunas interesantes reflexiones.

Dr. Barrio de Medina.—Por la relación que pueda tener con lo relatado por mi querido maestro el Dr. Sáinz de Aja, voy á decir brevemente lo que hace muy pocos días me ha ocurrido con un enfermo diagnosticado por mí de edema agudo circunscrito de Quinke, por encajar perfectamente sus lesiones en este cuadro clínico, diagnóstico que fué corroborado por el Dr. Lopez Durán, á quien envié el enfermo con objeto de que me diese un informe completo de las lesiones de pecho que pudiera tener. Este enfermo que viene padeciendo desde hace algún tiempo ataques de edema, localizados principalmente á partes flácidas de cara y cuello y á mucosas de lengua y laringe, que ya había sido tratado con diversos procedimientos, empecé á ponerla afenil, que como ya ha dicho el Dr. Sáinz de Aja, es una solución cálcica al 10 por 100, porque en la literatura que sobre éste había leído, vi que había dado buenos resultados en edemas fugaces, con ó sin urticaria; pues bien, á este enfermo que cuando empecé á ponerle el afenil estaba en un estado latente, es decir, en el intervalo de tiempo de un ataque á otro, á su primera inyección de 5 c. c. tuvo un pequeño brote á las veinticuatro horas de puesta, localizado en frente, que le desapareció en unas horas; á los tres días justos de su primera inyección, le puse su segunda de 10 c. c. que es la dosis aconsejada en la literatura del afenil, y también á las veinticuatro horas tuvo otro brote, mucho más intenso, localizado á frente, párpados, labios, lengua y laringe que me ha hecho suprimir, por ahora, al menos, este tratamiento.

Dr. Sicilia.—Considera indispensable para juzgar este asunto dar al terreno la importancia tan grande que tiene, creyendo que los factores nervioso y vascular influyen únicamente en él.

Dr. Bejarano.—Hace la advertencia de que es preciso diferenciar los fenómenos de anafilaxia de los de idiosincrasia ya que fácilmente se pueden confundir.

El Dr. Sáinz de Aja rectifica.

Serpeginismo venéreo.

Dr. Casal.—Presenta un enfermo afecto de estas lesiones, para que sea visto, pues piensa tratarle con tuberculina, ya que una serie completa de diversos tratamientos no le han dado ningún resultado.

Intervienen los Dres. Aja para proponer se haga un estudio biopsico de la lesión, el Dr. Sicilia para aconsejar en estos casos los tratamientos á base de agua oxigenada y cáusticos fuertes, y el Dr. Covisa para hacer notar que para valorar un tratamiento del serpeginismo venéreo por la tuberculina sería de desear se tratase al enfermo antes con proteínoterapia.

Baño termo-luminoso en dermatopatías generalizadas.

Dr. Sicilia.—Lo ha empleado al parecer con éxito en procesos crónicos cutáneos, sobre todo con estados descamativos, así como en acné, liquen hipertrófico y pruritos.

Sífilis ganglionar.

Dr. Bejarano.—Con motivo de dos casos de sífilis ganglionar observados últimamente, nos habla el Dr. Bejarano brillantemente de este tema tan importante. Considera en sífilis ganglionar, lo más interesante las tardías, por las dudas diagnósticas que con otros procesos se puede confundir esta afección; señala la importancia del tratamiento de prueba, único medio de resolver el problema, ya que el Wassermann y la biopsia pueden no dar soluciones definitivas. Pasa después á hablarnos de los infartos ganglionares que

diagnostican la lesión primitiva comparando el valor relativo de unos y otros y concediendo mayor valor diagnóstico por su parte á los ganglios hepato-cleares; hace mención del valor que los sífilógrafos americanos conceden la ganglio submamario y nos habla por último de la punción ganglionar y de la importancia que el Wassermann tiene con su producto, que es á veces mayor que la misma investigación bacteriológica sobre la lesión primitiva, ya que ésta suele estar alterada por las curas locales.

El Dr. Sáinz de Aja interviene para hacer constar que el ganglio submamario en la mujer no se encuentra porque impide la exploración la mama y en el hombre no lo ha encontrado nunca; es de opinión que debe ser práctica excepcional el Wassermann en producto por punción ganglionar, considerando preferible la investigación directa del treponema, en la lesión ó exudado de ésta.

El Dr. Sicilia dice ha observado el ganglio submamario en las mujeres pretuberculosas y fímicas.

El Dr. Covisa hace resaltar lo interesante de este asunto, el estudio también llevado á cabo de él por el Dr. Bejarano y nos dice que las lesiones de mucosas pueden ir acompañadas de reacciones ganglionares que pueden terminar en linfomas gomosos.

El Dr. Portilla manifiesta la mayor frecuencia con que según su experiencia es atacado el aparato linfático por la sífilis congénita, en relación con la adquirida.

Reconoce que efectivamente la asociación de tuberculosis y sífilis es frecuentísima en el tejido linfático y cree que es interesante insistir en ello, para no deshacer diagnósticos de sífilis ganglionar, por el hecho de que el tratamiento específico no cure del todo las lesiones, porque es natural que la parte que corresponda á la tuberculosis no podrá desaparecer por la influencia del mismo.

Insiste en las razones que pueden explicar la más frecuente asociación de ambas infecciones en el tejido linfático, en relación con los demás de la economía.

El Dr. Bejarano rectifica, y acto seguido se levanta la sesión.

DR. BARRIO DE MEDINA.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Dirección general de Sanidad.

Reglamento para las oposiciones á oficiales del Cuerpo médico de Sanidad exterior (1).

8.^a

Puertos comerciales más importantes de Italia, Grecia, Turquía, Portugal, Rumania, Bulgaria y Yugo-Eslavia.—Sumaria idea del movimiento comercial que efectúan.

9.^a

Vida comercial de Asia, Africa y Oceanía y puertos comerciales más importantes.

10

Estados Unidos de América del Norte.—Méjico.—Colonias norteamericanas.—Puertos comerciales más importantes de estos Estados.—Su comercio.

11

Puertos más importantes de América Central y del Sur.—Su comercio.

(1) Véase el número 3.600.

HIGIENE GENERAL, HIGIENE NAVAL Y DEFENSA SANITARIA

1

Atmósfera.—Características físico-químicas del aire atmosférico.—Impurezas del aire y sus efectos sobre el organismo humano.—Análisis químico del aire.

2

La atmósfera marítima: sus características.—Estudio comparativo de la atmósfera terrestre con la de costa y la de alta mar.—Análisis microbiológico del aire.

3

Ambiente interior de los barcos: su estudio higiénico.—Impurificación de la atmósfera interior de los barcos: sus causas y valor sanitario.—Ventilación á bordo de los diferentes tipos de barcos.—Procedimientos más usados.—Cubicación de los distintos departamentos de los buques.

4

Climas.—Aclimatación: su biología.—Función de la inmunidad en la aclimatación.—Aptitud de las diversas razas para la aclimatación.

5

Agua de bebida.—Características físico-químicas.—Análisis químico de las aguas destinadas á bebida y determinación de su potabilidad.—Substancias en suspensión.

6

Orígenes del agua potable.—Valoración higiénica de cada uno de ellos.—El agua del mar, su composición é influencia de ésta en la atmósfera marítima.

7

Abastecimiento hídrico de las ciudades.—Sistemas de captación, embalse, conducción y distribución del agua potable y su estudio higiénico.

8

Procedimientos físicos, químicos y biológicos para la depuración de las aguas.—Aparatos esterilizadores del agua.

9

Análisis bacteriológico del agua.—Análisis cuantitativo.—Investigación de los distintos gérmenes patógenos que pueden contaminar las aguas.—Investigación de parásitos de origen intestinal.

10

Defensa sanitaria de las aguas de bahías, puertos y ríos.—Estudio higiénico del desagüe en ellas de alcantarillas y de las aguas residuarias de los buques.—Aguada de los ferrocarriles y su importancia sanitaria.

11

El agua en los buques.—Agua de bebida: embalse, distribución.—Sistemas de aguada y su importancia sanitaria.—Aparatos destiladores del agua del mar.—Agua de lastre.—Sentina.

12

El buque desde el punto de vista sanitario.—Estructura de los diferentes tipos de buques y distribución interior.—Materiales que se emplean en la construcción de los buques.—Medios de propulsión. Valoración sanitaria de los distintos factores que intervienen en la navegación.

13

Iluminación natural y artificial de los buques.—Estudio

higiénico de los distintos sistemas.—Calefacción en los buques: procedimientos y estudio higiénico.

14

Refrigeración en los buques.—Cámaras frigoríficas.—Buques frigoríficos.—Aplicaciones y estudio higiénico de la refrigeración.

15

Higiene personal de los tripulantes.—Ropas y efectos más adecuados para el personal de á bordo.—Lavado en los buques: sus sistemas.

16

Servicios sanitarios á bordo de los buques.—Estudio de tallado de cada uno de ellos.

17

Higiene de los distintos departamentos de los barcos.—Procedimientos de limpieza y saneamiento.—Medidas higiénicas que reclama el transporte de ganado.

18

Estudio del suelo desde el punto de vista sanitario.—Contaminación y depuración de los terrenos.—Saneamiento y protección.—Desecación.

19

Higiene de la vivienda.—Principios higiénicos que precisa tener en cuenta en la construcción de viviendas y edificios en general.

20

Aguas residuarias: su tratamiento.—Resolución práctica del problema rural y urbano de las aguas residuarias.

21.

Excretas.—Basuras.—Cadáveres de animales.—Estudio higiénico comparativo de los distintos procedimientos que en el medio rural y urbano puedan emplearse para su alojamiento, utilización ó destrucción.

22.

Sistema de destrucción de los cadáveres humanos y su estudio higiénico comparativo.—Enterramiento.—Incineración.—Sumersión.—Defensa sanitaria contra el peligro que en la transmisión de las enfermedades pueden representar los cadáveres humanos.

23

Evacuación de aguas residuarias y excretas en los buques.—Su importancia sanitaria.

24

Papel de los buques en la difusión de las enfermedades infecciosas comunes.

25

Papel de los barcos en el mantenimiento y difusión de la peste.

26

Papel de los barcos en el mantenimiento y difusión del cólera.

27

Papel de los barcos en el mantenimiento y difusión de la fiebre amarilla.

28

Ferrocarriles.—Su papel en la propagación de las enfermedades transmisibles.—Edificaciones.—Material móvil.—Medidas higiénicas que normalmente deben ser adoptadas.—Defensa en época de epidemia.

29

Alimentos en general.—Fisiología de la nutrición.—Composición de las distintas clases de alimentos.—Su acción sobre el metabolismo nutritivo.

30

Alimentos de origen animal.—Su estudio higiénico.—Adulteraciones y falsificaciones.—Carnes enfermas.—Botulismo.—Análisis químico y micrográfico de los alimentos de origen animal.

31

Leche y sus derivados.—Su estudio higiénico.—Adulteraciones y falsificaciones.—Leche procedente de animales enfermos.—Enfermedades transmisibles por la leche.—Análisis de la leche.

(Se continuará.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 698,3; ídem mínima 696,3; temperatura máxima, 20°,5; ídem mínima, 0°,9; vientos dominantes, E. SO.

Siguen acentuándose en intensidad y aumentando en número las inflamaciones agudas de los órganos respiratorios, influidas por los fríos intensos de los últimos días. Las congestiones activas de los centros nerviosos, las hemorragias en los sujetos predispuestos y los estados asistólicos en los cardíacos crónicos se han dejado notar desfavorablemente en las cifras de la mortalidad.

Crónicas.

Del centenario á Pasteur.—El día 27 del pasado Diciembre se celebró en el salón de actos del Instituto Pasteur en París, una sesión solemne en honor del célebre bacteriólogo y sabio francés.

Al acto asistió el presidente de la República, M. Mille-

rand.

Los más eminentes profesores franceses desarrollaron temas referentes al estudio de la vida y de la obra de Pasteur.

Por la mañana se había celebrado una ceremonia religiosa en la iglesia de Saint Jacques d'An, y por la noche la Asociación General de Estudiantes realizó un gran acto, que presidió el ministro de Instrucción Pública, M. Berard, á la que asistieron delegados de todos los departamentos, en el anfiteatro grande de la Sorbona.

Otra vez la viruela en Sevilla.—Todos los años tenemos que lamentarnos de ese vergonzoso espectáculo que da Sevilla con las frecuentes invasiones variolosas de que es objeto.

Según partes publicados por la prensa diaria, los casos de viruela que se registran en estos días son numerosos, y el gobernador ha encargado al inspector de Sanidad que se intensifiquen los servicios de vacunación.

Durante algún tiempo veremos cómo se desarrolla la lucha entre el inculto vecindario y las autoridades gubernativas y sanitarias, pero... el año que viene ó antes, tendremos que escribir nuevamente sobre el tema.

Advertencia.—El día 15 del pasado mes hemos entregado á nuestro banquero los giros correspondientes á los pagos de suscripción de aquellos señores que se hallan en descubierto en todo ó parte del pasado año. Por circular remitida directamente, todos nuestros suscriptores conocen el envío de dicho giro, así como el vencimiento de su suscripción, y, por tanto, encarecidamente rogamos sean los giros abonados. Si aún hubiera duda alguna, en todo momento se les darán explicaciones.

Disposiciones oficiales de interés.—La Gaceta ha publicado el día 27 del pasado Diciembre la siguiente importante Real orden del Ministerio de Marina:

«S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo propues-

to por la Jefatura de Servicios sanitarios, se ha servido disponer que se convoquen oposiciones públicas entre doctores y licenciados en Medicina y Cirugía para proveer 25 plazas de tenientes médicos del expresado Cuerpo, con sujeción al reglamento y programa aprobados por Real orden de esta fecha. El plazo para la presentación de solicitudes terminará á los noventa días de la fecha en que se publique esta convocatoria en la *Gaceta de Madrid*, y los ejercicios darán comienzo en el día, hora y lugar que oportunamente se designarán.»

Y en la del día 1.º de Enero, esta otra del Ministerio de la Gobernación:

«1.º Que se concede un último plazo hasta 1.º de Marzo de 1923 para registrar las especialidades que estaban á la venta antes de 6 de Marzo de 1919, pagando los derechos dobles correspondientes.

2.º Que las nuevas especialidades, ó sean las posteriores á la fecha 6 de Marzo de 1919, no pueden ponerse á la venta sin haber sido previamente registradas.

3.º Que, según el artículo transitorio del Reglamento, no se permitirá la importación de ninguna especialidad extranjera en cuyas envolturas no se consigne que está registrada, exceptuando, por una sola vez, los tres ejemplares que se remiten para su registro, según preceptúa el art. 12 del citado Reglamento.

4.º Que las autoridades sanitarias ejerzan estrecha vigilancia para que se cumpla lo dispuesto, obligando á retirar de la venta las especialidades no registradas, por considerárlas clandestinas; y

5.º Se exceptúa de estas medidas á las especialidades que fabricaban los extranjeros en España antes de 6 de Marzo de 1919, y sobre cuya elaboración se ha reclamado, pues aquéllas habrán de atenerse á lo que ulteriormente se disponga.»

Real Academia Nacional de Medicina.—La sesión inaugural del año académico de 1923 se celebrará mañana, domingo, á las cuatro de la tarde.

En ella dará cuenta de las tareas desempeñadas por la Corporación en el año anterior, el secretario perpetuo, excelentísimo Sr. Dr. D. Angel Pulido y Fernández, y leerá el discurso doctrinal sobre «Higiene é inspección de la leche», el académico de número, Excmo. Sr. D. Dalmacio García é Izcara.

Después se entregarán los premios y socorros adjudicados en el año último, y se publicará el programa para los concursos de 1923 y 1924.

Asociación de Alumnos de la Beneficencia general.—En Junta general extraordinaria celebrada el día 23 de Diciembre de 1922 en el Hospital de la Princesa, se aprobó el reglamento por el cual ha de regirse esta Asociación y se votó la siguiente Junta directiva: *presidente*, D. Francisco Javier de Silva; *vicepresidente*, D. Manuel Gutiérrez; *secretario*, D. Ramón Moreno González; *tesorero*, D. Antonio Piana; *vocal*, D. Gerardo Sanz Rubert.

Movimiento de población.—La Sección de Estadística demográfica del Ayuntamiento de Madrid ha facilitado á la Prensa el avance al resumen anual correspondiente á 1922.

Según esos datos, se han registrado en la corte durante el año 1922 19.403 nacimientos y 16.190 defunciones.

Entre aquéllos figura en primer lugar el distrito de la Inclusa, al que corresponden 3.223, de los cuales 1.210 fueron registrados en el establecimiento que lleva el nombre del distrito y Casa de Maternidad, y que es el de menor intensidad de población (44.668 habitantes.)

El mismo distrito ocupa también el primer lugar en lo que concierne á defunciones, representadas allí por la cifra de 2.171. La mínima figura en el distrito del Centro.

Con relación á las edades, han muerto 3.039 menores de un año; 2.215 de uno á cuatro años; 1.134 de cinco á diez y nueve; 2.269 de veinte á treinta y nueve; 3.083 de cuarenta á cincuenta y nueve; 4.430 de 60 en adelante; sin clasificación, 20. Total, 16.190. 25 menos que el año 1921.

Entre las causas de defunción figura sólo un caso de viruela.

Las enfermedades que han ocasionado más víctimas han sido la tuberculosis pulmonar, que aparece en el resumen con 1.578, y las afecciones del aparato respiratorio, que figuran con 1.722.

La mortalidad en este año ha sido la menor de análogos períodos del quinquenio, y la natalidad, la más elevada del decenio.

Ultimo retrato de Cajal.—Se encuentra de venta en la Administración de *EL SIGLO MÉDICO* el último retrato del profesor Cajal, con un autógrafo altamente patriótico.

Los beneficios que se obtengan, cedidos graciosamente por el fotógrafo Sr. Padró, con la venta de los ejemplares, ingresarán en la lista de donativos para el Instituto Cajal.

El precio de cada ejemplar es el de 5 pesetas adquiriéndolo en las oficinas de esta Revista, Serrano 58, aumentando 50 céntimos por gastos de envío para provincias.

Las dimensiones del retrato son de 46 de ancho por 65 de alto.

Excipiente inerte.—La luz que juguetea feliz como un niño desnudo entre las hojas verdes, es ignorante de la mentira del hombre.

(Tagore.)

El alud del éxito improvisado marcha en alas del engrandecimiento por el fácil declive de la ajena tolerancia y empujado por la loca inercia, todo lo arrasa y aplasta; pero dejadle, pues lo que él goza como marcha y triunfo, es segura caída y ya tropezará con la llanura equitativa é indiferente, en donde toda avalancha se desmenuza en proporción con el estrépito de su bajada.

(Ich.)

La llamada ENCEFALITIS LETÁRGICA, por el Dr. E. Fernández Sanz. Quedan muy pocos ejemplares de esta monografía. Pedidos á la Administración de este periódico. Precio 2 pesetas.

Sustituto: Para mes y medio, ofertas á D. Domingo Muñoz, médico, Horcajo de las Torres (Ávila).

Oposiciones á médicos.—Inspectores provinciales de Sanidad para proveer seis plazas y las que vayan en lo sucesivo, para doctores, menores de cuarenta años. Instancias hasta el 10 de Marzo; ejercicios el 15 de dicho mes. Obra única, 60 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

Practicante se ofrece, dirigirse á Mariano Román, Escorial, 5, Madrid.

Oposiciones á médicos de Sanidad Militar, 90 plazas; instancias hasta el 26 de Enero; ejercicios 1.º de Febrero. Obra única de contestación al programa, 75 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

Metranodina.—Al presente número acompañamos una tarjeta del Instituto Nazionale Medico Farmacologico (Roma), agente para España, L. Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona, cuya lectura recomendamos.

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarrros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caquexias, 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 MÉDICO*.

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