

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director-Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMON SERRET Y COMIN y Excmo. Sr. D. ÁNGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO J. BLANC Y FORTAGIN L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa. J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos. V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII. L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid. A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina. A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina. F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes. J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid. M. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz. T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid. F. HUERTAS Del Hospital General. Académico de la de Medicina. C. JUARROS Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico. Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCISCO RODRIGUEZ F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular. G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina. M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina. J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General. S. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa. S. PASQUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias. G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington. 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:

Olomola española.—Arhivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.—*Orítica, 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: Ideas clínicas. La capacidad funcional cardíaca del soldado, por el Dr. G. R. Gonzalo.—Las sales de magnesio en los síndromes coreicos, por el Dr. D. Jesús Marín Agramunt.—Parto con hidrocefalo en presentación de nalgas, por Eugenio Aspetitia.—Dirección general de Sanidad: Comisión ejecutiva para el saneamiento de comarcas palúdicas.—Bibliografía por el Dr. Angel Pulido Martín.—Periódicos médicos.

IDEAS CLÍNICAS

LA CAPACIDAD FUNCIONAL CARDIACA DEL SOLDADO

POR EL

DR. G. R. GONZALO

Las modernas adquisiciones clínicas y experimentales, orientando en determinados sentidos los conceptos fisiopatológicos en cardiopatología, han originado, naturalmente, lógicos cambios en el criterio actual imperante para la determinación de la aptitud física de nuestra juventud, respecto al servicio militar, en cuanto á los asuntos cardiopatológicos atañe.

Y así como en su tiempo y con arreglo á las nuevas normas científicas, se modificaron las condiciones y procedimientos referentes al aparato visual, es natural y lógico, si hemos de ir acordes con los progresos de la ciencia, que hoy con el circulatorio se modifiquen y acoplen sus conceptos clínicos, sus procedimientos de examen y exploración, su técnica toda, á las nuevas normas científicas establecidas, disponiendo para ello en las clínicas militares de observación sobre todo, del moderno instrumental cardiológico de exploración, que para ello es necesario y en ocasiones imprescindible.

La gran guerra pasada aleccionó grandemente en esta clase de asuntos; y Alemania primero y Francia é Italia después, ante la creciente escasez de hombres y

el gran número de los conceptuados inútiles por afecciones cardiopáticas (el 35 por 100 en Francia) se vieron obligados á la inmediata aplicación de las nuevas ideas, demostrando después la práctica que, en efecto, no eran casi nunca los lesionados de válvulas y orificios, pero con potente miocardio (especialmente si se trataba de sujetos algo entrenados en el ejercicio muscular ó deportivo) los que más pronto presentaban síntomas de incapacidad funcional cardíaca; sino al contrario, aquéllos al parecer sanos, de aspecto en ocasiones robusto, pero de vida sedentaria, ligeras arritmias, pequeñas bradicardias, insignificantes signos, en fin; al parecer nimios y escasos de valor clínico los que (unido al estado emotivo é intenso ejercicio muscular para el que estaban desentrenados) más prontamente demostraban su impotencia funcional cardíaca, á veces con graves y alarmantes síndromes de aguda dilatación angustiosa y hasta de rotura cardíaca, que originaron una muerte repentina.

Las clásicas estrecheces é insuficiencias óricas y valvulares han quedado, pues, únicamente en el capítulo *lesional*, pasando al del *pronóstico* y al *terapéutico* los modernos conceptos de potencialidad y tonicidad miocárdica perturbada, como finales consecuencias del estudio detenido (en el del *diagnóstico* y *fisiopatológico*) del estado funcional de las cuatro primordiales propiedades de la fibrilla muscular cardíaca, á saber: *excitabilidad, conductibilidad, contractilidad y elasticidad*.

Averiguar y saber cómo funciona el músculo cardíaco, independientemente de la calidad de su lesión valvular u orificial; precisar en cada caso la cantidad de potencia contráctil actual y reservada que el corazón posee, en cuanto esto nos sea posible, ha de ser siempre el fin único y primordial de nuestros afanes en todo sujeto reconocido.

A estos fines, y después de nuestros clásicos é imprescindibles métodos de visión, palpación, percusión y auscultación, nos ayudarán grandemente los modernos esfigmopoligráficos, electrocardiográficos, esfigmomanométricos, radiográficos, fonocardiográficos, cineradiográficos, etc... la exploración clínica de los reflejos cardíacos y las pruebas medicamentosas (atropina, adrenalina, etc.), efectuando mediante todos ellos las pruebas estáticas y dinámicas pertinentes, y deduciendo de las mismas, el estado reaccional de la función cardíaca; todo lo cual, en la mayoría de los casos, nos permitirá formar un concepto lo más claro y acertado posible, del estado de capacidad funcional del corazón del futuro soldado, y en su consecuencia, formular un acertado pronóstico, que es lo que á nuestro objetivo interesa, y en ocasiones instituir una terapéutica eficaz, que es lo más importante para el clínico práctico.

Es evidente que para la totalidad del juicio clínico pronóstico, nos son necesarios los datos todos, y cuanto más mejor, recogidos por cuantos procedimientos exploratorios poseemos, pero no todos ellos tienen á dicho fin la misma importancia é idéntico valor clínico.

Diagnosticada la lesión ó la clase y naturaleza especial del trastorno rítmico de que se trata, lo verdaderamente interesante es averiguar la capacidad funcional del músculo cardíaco, sus fuerzas de reserva, su potencialidad de resistencia compensadora, su tono, su elasticidad, que es lo que verdaderamente nos puede aleccionar en un pronóstico acertado.

Y en este sentido las diferentes pruebas estáticas y dinámicas, con relación al número de pulsaciones y medidas de la tensión arterial, unidas á las distintas pruebas clínicas ya clásicas y conocidas, han de ser las que más nos enseñen sobre el particular.

El estudio de las tensiones arteriales por el procedimiento oscilométrico en relación con el número de pulsaciones y actitudes distintas, es uno de los métodos exploratorios más prácticos y que puede proporcionarnos datos más útiles, sobre todo si fué precedido de una buena exploración clínica.

Dicho método oscilométrico hay que tener en cuenta que nos alecciona, no sólo sobre los datos de presión máxima y sobre todo mínima de la tensión arterial, sino en cierto modo sobre la *amplitud y fuerza* de las contracciones cardíacas en la cuantía de la excursión de la aguja oscilatoria; sobre la *forma*, por así decirlo, de la onda pulsátil por la manera especial de oscilar (rigidez, sacudidas, temblores, impulsos, etc.) de la referida aguja; sobre el *ritmo* de la contracción cardíaca, apreciable á simple vista en los intervalos ó paradas de los movimientos de aquella, y sobre algunos datos más, que no pueden escapar á los habituados al manejo del oscilómetro y que, ó bien sirven por sí mismos, conve-

nientemente valorados, para contribuir al pronóstico, ó al menos para despertar en nosotros sospechas de desconocidas lesiones ó trastornos rítmicos, que harán que exploremos al sujeto con más cuidado y detención, usando ya de procedimientos más precisos, delicados y minuciosos de reconocimiento y exploración.

Importa, pues, y muy mucho, no contentarnos con un diagnóstico simplemente lesional, sino á ser posible etiológico y sobre todo *patogénico* del trastorno funcional cardíaco que observemos en el sujeto reconocido; máxime tratándose de informar sobre la capacidad de función de un corazón, que casi constantemente ha de ser sometido á fatigas, esfuerzos y excesos funcionales, para los cuales se necesita una cierta resistencia y aptitud física especial, que permitan al músculo cardíaco no decaer en su potencialidad y fuerza, respondiendo siempre con energía, lo mismo á las escasas demandas funcionales de una vida reposada y tranquila, que á las intensas, persistentes y exageradas que el servicio activo militar presupone siempre.

Mayo, 1923.

LAS SALES DE MAGNESIO EN LOS SÍNDROMES COREICOS

POR EL

DR. D. JESÚS MARÍN AGRAMUNT

Subdirector facultativo del Manicomio provincial de Valencia.

SUMARIO: Introducción.—El corea en todas sus formas es un síndrome y no una entidad. La base anatómica é histológica de estos síndromes es bastante completa en la actualidad, no así su fisiopatología, lo que nos impide por hoy prescindir de la hipótesis. Procesos etiológicos del corea. Las formas puras de los síndromes coreicos no existen en el orden clínico ni anatómico. Casos dignos de mención. Importancia de la conclusión clínica que el corea es un síndrome y no una entidad. Mayor eficacia de las sales de magnesio en flebo y raquínyecciones. Causas del atraso de la terapéutica nerviosa en general, incluso la del corea. Conclusiones.

LAS SALES DE MAGNESIO EN LOS SÍNDROMES COREICOS

Todos sabemos que el magnesio es un metal plateado, dúctil, maleable y ligero, que funde á más de 700°, inalterable á los álcalis y atacable por los ácidos y sus soluciones, que no existe libre en la naturaleza ni se emplea como tal en terapéutica, no así sus sales, empleadas desde la Medicina antigua, y recientemente introducidas como una de tantas mutaciones en la terapéutica nerviosa. Y al desconocer por nuestra parte su valor curativo, procedimos al empleo de aquéllas cuya solubilidad y estabilidad farmacotécnica permitieran su introducción por las eficaces y hoy vulgarizadas vías. Mas al dar á conocer el resultado de nuestro estudio en los distintos planes de observación á que se presta el tema, lo dividiremos por razón de método en:

CONSIDERACIONES GENERALES, CONSIDERACIONES CLÍNICAS DE APLICACIÓN TERAPÉUTICA Y CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS

Consideraciones generales.—El corea, al igual que la histeria, epilepsia, la neurastenia, la confusión mental y otras tantas enfermedades de la neuropatología muy digna de revisión, no son verdaderas entidades sino síndromes, que se presentan en un sin número de procesos morbosos de la más variada naturaleza etiológica y diferente evolución clínica, dependiendo de la virulencia, persistencia y difusibili-

dad de la causa, la agudeza ó cronicidad del síndrome, así como el que sea masivo, progresivo ó complicado, por extenderse ó invadir el proceso á otros centros nerviosos. Y entrando en materia preliminar del tema, diremos que la mayoría de los neurólogos consideran á los núcleos que forman parte del cuerpo estriado como los centros coreo-atetógenos, por cuyo motivo debemos recordar para mejor aclaración del asunto, que el cuerpo situado en cada hemisferio cerebral, en el cerebro intermedio lo forman dos núcleos, el caudal por encima del tálamo óptico y por dentro de la cápsula interna, y el lenticular por fuera del mencionado tálamo y por debajo y afuera de la referida cápsula. El caudal tiene forma de pera, y está constituido por células de pequeño tamaño; sus cilindroejes terminan en el tálamo óptico y núcleo lenticular; á su vez este núcleo llamado así por la forma que ofrece, en un corte anteroposterior se presenta formado por tres segmentos concéntricos separados entre sí por las láminas medulares interna y externa (1). El segmento más externo del lenticular constituye el putamen; su estructura histológica, ontogénica (para algunos procede del telencéfalo) y fisiopatológica, es igual á la del caudal, al contrario que los segmentos internos del núcleo lenticular que forman el globus pallidus; éste á pesar de su vecindad con los anteriores núcleos no guarda ninguna relación ontogénica (procede del diencefalo) histológica y fisiopatológica con ellos, y sí con sus vecinos de Luys, Níger y Stilling, por cuanto las células constitutivas del pallidum son pequeñas unas y grandes otras, provistas todas de substancia cromafina y sus cilindroejes forman los fascículos de conexión con el tálamo óptico, Luys, Níger y Stilling, de donde á través de éste, con el haz rubro espinal van á los músculos de cara, cuello, tronco y miembros, estando unidos el grupo último de núcleos hasta por rosarios celulares de idéntica estructura (2).

Y al reparar que tanto el caudal como el putamen y pallidum todos tienen fibras de conexión con el tálamo óptico, y éste con su función sensitiva la tiene con el cerebro y cerebelo, fácil nos será comprender que estos últimos por vía transtálamica ejercerán su influencia cerca de aquellos núcleos; luego no son tan autónomos como se cree el caudal, putamen y pallidum.

Como se ve, la anatomía é histología de estos núcleos es bastante acabada; no así su fisiopatología, que ofrece obscuridades que nos impiden por hoy prescindir de la hipótesis. Sin embargo, en cuanto al corea se refiere, tiene gran importancia la identidad de lesiones apreciadas por todos los investigadores que señalan en los casos crónicos perivascularitis (3) con infiltración paretal leucocitaria, plasmocitaria y epitelial, cromatolisis, desaparición del elemento noble y proliferación neuróglia, afectando más á los núcleos caudal y putamen que á los núcleos vecinos, también interesados, pero secundariamente. En cambio, aquellos casos autopsiados en que clínicamente el síndrome dominante era la aquinesia espontánea, la hipertonía en los músculos de la cabeza, cuello y raíz de los miembros, con exageración de la fuerza estática; amimia, palabra típica; frenoglotismo y esofagismo (antes histéricos), asinquinesia y pseudodiadoquinesia, en estos casos la necropsia descubre las lesiones dominantes en el pallidum Luys y Níger. Mas á pesar de la

certeza de estos hechos, que han servido á O. Foerster, Oestreich R. Liepman, Hoover, P. Marie, Lhermitte y otros, para considerar como centros coreoatetógenos del lado opuesto al caudal y putamen, y como rigidógenos al pallidum, no es menos exacto que en las autopsias de estos casos es raro ver acantonadas las lesiones á los mencionados núcleos responsables de sus respectivos síndromes, y aun en el caso de hallarse, al ser varios los del mismo grupo fisiopatológico, puede darse á uno de ellos preferencia. De aquí que el parkinsonismo todavía se discute si es por lesión del núcleo rojo (Kinnier Wilson), ó del pallidum (Lhermitte), ó del estriado y pallidum (Vogt), ó pedúnculos cerebelosos (Stech), siendo menos discutibles y discutidos por hoy los centros del coreismo, pues casi todos consideran al caudal y putamen como integrantes de la zona coreoatetógena ó quinesógena, hoy ampliada con los pedúnculos cerebelosos superiores, pues la lesión de éstos da desorden muscular con intensa alteración del equilibrio y la marcha, lo cual no ofrece el corea estriado, indicando Sicard (1) y confirmando Musser (2) que los movimientos crónicos arrítmicos hipotónicos son por lesión del estriado, y los movimientos rítmicos hipertónicos por alteración del pallidum. Pero todos están de acuerdo en considerar al núcleo rojo como ajeno en la producción coreoatetógena.

Terminaremos estas generalidades manifestando, para evitar confusiones nominales, que los términos de histología animal, paleostriatum, neostriatum y archistriatum de Kappers, y los de mesostriatum, hiperstriatum y epistriatum de Etinger, corresponden en el hombre al pallidum, ó pálido, al estriatum ó estriado, cuyo término se refiere sólo á los núcleos caudal y putamen, y no á todo el cuerpo estriado y al núcleo amigdalino. Siendo esta última nomenclatura la que adoptaremos en el curso del presente trabajo.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS DE APLICACIÓN TERAPÉUTICA

La alteración muscular, mejor dicho de la motilidad, constituida por movimientos bruscos desordenados, involuntarios é irregulares, casi siempre hipotónicos, llamada corea, cuyos caracteres, enunciados ya, la diferencian de los tics, ataxia y temblor, se debe considerar como síndrome y no como entidad, síndrome que obedece á múltiples causas, criptogénicas unas y ostensibles otras, figurando en primer lugar, los virus filtrantes del reumatismo, de la encefalitis epidémica en la cual todos hemos apreciado en la evolución clínica actual, que la hipersomnia ha sido sustituida por la hiperquinesia en buen número de casos; el virus del sarampión, escarlatina, son también responsables de síndromes coreicos, como igualmente muchos procesos infectivos de gérmenes vulgares (estafilo, estrepto y neumococo) cuya puerta de entrada múltiple y en particular la boca, sirvió para dar el síndrome coreico; otras veces el proceso responsable es el tífus, paludismo, sífilis ó tuberculosis, siendo las toxinas ó los agentes que con sus preferencias por los vasos que riegan el estriado, originan el síndrome coreico. Ahora bien, de la virulencia de la causa para dar más ó menos persistencia, difusibilidad y evidencia de las lesiones dependerá que el síndrome coreico sea agudo ó crónico, que aparezca como esencial ó sintomático, y sobre todo, que revista las formas estacionarias progresivas ó efímeras y además que sea puro ó complicado el síndrome. A decir verdad no existe ninguna forma pura de corea, pues siempre una fina exploración descubre en todo coreico la participación

(1) Ramón y Cajal: "Histologie du Système nerveux", t. II, página 804.

(2) Oestreich R.: "Allgemeine Pathologisch Anatomische Diagnostik", pag. 194, Spatz, Münchener Medizinische Wochenschrift, número 8, 1922.

(3) Entre cuyas lesiones vasculares deben figurar las trombosis, ruptura y embolias de las arterias estriadas internas, externas y anteriores.

(1) Revue Neurologique, núm. 4, 1923.

(2) Musser (J. R.): "Lesions in the Striated nucleus", página 93, 1923. Philadelphia.

en el proceso de uno de estos elementos, pallidum, tálamo, cápsula interna, pedúnculos cerebelosos, cerebelo y corteza cerebral, lo cual indica cualquier libro que trate modernamente esta materia (1) y se puede comprobar en clínica la dificultad de acantonarse le causa en tan limitada zona coreógena. Y así como una delicada exploración clínica nos descubre que el corea puro no existe, idénticamente por iguales medios llegamos a convencernos que todos los coreas agudos, incluso el histérico y gravidarum, y los crónicos masivos estacionarios y progresivos obedecen a uno de tantos procesos patológicos antes mencionados, debiéndose borrar, no la brillante descripción del esencial de Sydenham y del crónico de Huntington, sino su concepto de entidad.

En apoyo de nuestra afirmación, citaremos datos necropsícos y clínicos, entre los primeros, que hoy todos pueden comprobar en los casos de coreas agudos mortales, lesiones del encéfalo más acentuadas en caudal y putamen que en los demás núcleos subópticos, cerebelo y cerebro en su porción cortical, descubriendo el análisis serológico o la investigación micrográfica al Eberth, neumococo, espiroqueta, plasmodium y otros vulgares, siendo impotentes en algunos casos, tanto la clínica como el laboratorio, para descubrir el agente reumático y el encefalítico responsables del corea agudo mortal, pues ni siquiera la fiebre que puede faltar, ni los dolores articulares precoreicos, que existen hasta en el neuropaludismo coreico, nos sirven para diagnosticar el proceso al cual se debe el corea; no obstante, como las lesiones son evidentes no deben considerarse como esenciales los referidos casos.

En cuanto al corea crónico en todas sus formas diremos que unos pasaron a crónicos después de su fase aguda clásica y otros por la naturaleza de la causa y condiciones orgánicas se establecieron lentamente, pudiendo un mismo proceso morboso originar en un individuo un corea agudo y en otro el corea crónico, dependiendo de la virulencia del germen y de su difusibilidad, así como de las condiciones de vitalidad neurotrófica que un corea crónico sea estacionario, progresivo o familiar.

En colaboración de lo expuesto, citaremos varios casos de los 48 que constituyen nuestra estadística de observación, con los cuales deducimos que todos los coreas son, si se exige, una enfermedad anatómica de los centros coreógenos, pero sintomática de procesos morbosos diferentes, desechando, por lo tanto, el criterio de considerar como entidad a los coreas, cuya causa el laboratorio no la descubre por insuficiencia de medios, y de aquellos otros cuyas lesiones anatómo-patológicas llega un tiempo que dominan sobre el proceso etiológico responsable.

En Octubre de 1921, presentóse en la clínica un comerciante de cincuenta y un años, sin antecedentes de familia, ni personales, quejándose de la inseguridad para tomar los objetos; sometido a exploración, nada apreciamos en la sensibilidad general y en la especial ligera disminución de la agudeza visual; en la motilidad apreciamos ligera disminución del tono muscular y de la motopasividad, para el miembro superior derecho, que ofrecía también una fina descomposición de los movimientos cuando ejecutaba un acto, había ligera dismetría, pero nada de Gorden, Strümpel,

Schaeffer, Hoover, ni de Babinski, apreciando sólo en la reactividad un Argil-Robertson, que nos sirvió para indicar a los interesados la necesidad de un diagnóstico biológico en líquido cefalorraquídeo, a lo que se opusieron, alegando el enfermo que su dolencia, si bien le impedía escribir, no le molestaba para hacer negocios. Nos abstuvimos de recetarle.

En Febrero del siguiente año volvemos a ver al enfermo, apreciándole entonces la extensión del síndrome coreico a hemicoreico, de menos intensidad el desorden muscular, pero con más hipertonía que reemplazando a la atonía y acompañándose de aquinesia espontánea y esquinquesia, nos revelaba la propagación del proceso al pallidum, y piramidal por el estado de la reactividad; una marcha sesgada y un déficit de las funciones intelectuales nos revelaba la participación en el proceso de los pedúnculos cerebelosos y de corteza cerebral. El diagnóstico biológico corroboró al clínico de neurosífilis cuaternaria, forma coreica, y el tratamiento arsénico-bismutado fué, como es lo corriente en las formas motoras, tan sorprendente como efímero, pues a pesar de lo enérgico del tratamiento flebo y raquínyectable, tan sólo duró la beneficiosa acción nueve meses, al cabo de los cuales se acentuó la demencia, y en pleno cuadro capsulopalidial doble, feneció el enfermo de un ictus a los tres años de enfermedad.

Vemos, pues, que una localización preferente del treponema en los vasos del núcleo estriado, puede dar lugar a un corea crónico que fué estacionario primero, progresivo después y complicado por último; luego en nada se diferencia del Huntington como no sea el detalle familiar, que para nosotros sólo indica una falta de vitalidad de tales núcleos transmisible por herencia, en virtud de la cual pueden enfermar los miembros de una familia.

En oposición a este caso de corea crónico por el treponema, citaremos a un enfermo de veinte años, afecto de un corea general agudo, cuyo aspecto clínico encajaba por completo en la clásica descripción del corea de Sydenham; investigada la causa la atribuimos a un trastorno endocrino digestivo, por cuyo motivo se le sometió al tratamiento opoterápico y de las sales de magnesio; mas con ocasión de una raquínyección de estas últimas, nos llamó la atención unas discretas manchas en el dorso, y procediendo a un diagnóstico biológico encontramos la Wassermann francamente positiva, revelándonos el proceso morboso, responsable del corea, por cuanto a los doce días de tratamiento arsenical y veinte de enfermedad, quedó totalmente restablecido.

De lo expuesto se deduce que el espiroqueta como otro cualquier agente al localizarse en los vasos del estriado, si da lugar a una vascularitis acentuada con lesión persistente de paredes, origen de profundas alteraciones tróficas, de las células y fibras integrantes de aquellos núcleos, el corea es crónico como en el primer caso; mas cuando los agentes o toxinas sólo irritan a los vasos de los referidos núcleos de forma que los cambios nutritivos de éstos no están seriamente comprometidos y el *restitutio* se establece rápidamente, el corea es agudo, dependiendo la frecuente recidividad del corea agudo de lo integral que sea el *restitutio ad integrum*.

Estos hechos se repiten en todos los procesos morbosos responsables del corea; así en nuestra región que es frecuente observar las múltiples formas de neuropaludismo, se tiene ocasión de descubrir casos de coreas agudas con o sin la típica reacción febril durante el período del desorden muscular, y casos de coreas crónicos, formas estacionarias y progresivas debidos al plasmodium.

Hasta en la encefalitis epidémica que tan frecuente resulta que origine síndromes residuales coreicos crónicos,

(1) «Lehrbuch der Psychiatrie», 5.ª edición compuesta por Von Eisinger, Hoche, Schultze, Siemerling, Westphal y Wollenberg, pág. 462.

«Diseases of the Nervous System», por William C. Spiller, Prof. Farmacia, número de Septiembre 1921, de *Progressive Medicine*.

«Diseases of the Nervous System», 3.ª edición Jelliffe y Wite, pág. 682.

«Untersuchungen ueber Striatenkörper», Liepmann H, página 285, Berlín 1922.

todos hemos tenido ocasión de apreciar casos de encefalitis con todo el síndrome inicial del corea agudo de Sydenham ó de Dubini, en los que faltaba la hipersomnias, á la vez que al interesarse más tarde el pálido, se obscurece el síndrome coreico, prolongándose su duración.

De todos estos hechos clínicos, más de otros que pudieran deducirse de aquellos coreas agudos, primero, y crónicos después, que terminaron por una clásica meningitis tuberculosa, pseudo palustre inicial, y pasando por alto algunos hechos endocrinos no bien descifrados responsables de coreas histéricos y gravídicos, llegamos á la siguiente importante conclusión: Un mismo proceso morboso, al actuar sobre los centros coreógenos, puede dar lugar á coreas agudos ó crónicos, y siendo varios los procesos morbosos responsables del corea, éste es un síndrome ó forma anatómico-clínica de aquéllos, pero no una entidad.

CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS

Poco valor práctico tendría la anterior conclusión, si no llevase como corolario la exigencia para cada caso de corea de una terapéutica diferente con arreglo al proceso que lo origine, de aquí que el tratamiento sintomático no tiene razón de ser, y al informarnos que R. Gaupp y Marinesco primero, y Paulin y Dragesco después, empleaban las sales de magnesio en el corea, con el prejuicio derivado de nuestra anterior consideración, procedimos á su empleo, tropezando con el inconveniente, que á pesar de la riqueza de sales de magnesio en la naturaleza, la mayoría carbonatos, silicatos, fosfatos terciarios y secundarios, son insolubles, por lo que limitamos nuestra investigación al cloruro y sulfato de magnesio, sales cuya solubilidad y estabilidad farmacotécnica permiten su empleo, pues la esterilización jamás alcanza á 175, á cuya altura termométrica la solución de $MgCl_2$ desprende HCl . El nitrato de magnesio no nos lo pudimos proporcionar á pesar de su gran solubilidad y el nitrato ni lo intentamos por ser inestable.

Primero empleamos el sulfato de magnesio, siguiendo las indicaciones de los profesores de Tübingen y Bucarest, pero luego ampliamos las dosis y manejamos el cloruro de magnesio llegando á altas y mayores cantidades aunque con idénticos resultados.

Las vías de penetración fueron la flebo y raquí-inyección, pues la digestiva y la muscular son ineficaces para estas sales. Y como á la vez nosotros sentimos preferencia por aquellas vías en toda medicación, las empleamos aunque no están exentas de inconvenientes, evitándose éstos investigando previamente en toda fleboterapia la capacidad funcional hepática, cardíaca, renal y endocrina en los casos que nos inspire cuidado, pero en la mayoría nos basta con una exploración de los reflejos óculo-visceral gástrico, cólico, y sobre todo, de Ashner, pues la toma del pulso antes y después de cinco minutos de compresión ocular, y cuando no, las pruebas biológicas descubren á los vagotónicos en los cuales toda inyección independientemente de la cantidad de la ase y vehículo, origina su correspondiente crisis hemoclásica. Atenuar ó sustituir ese vagotonismo que constituye la esencia clínica de la hemoclasia para evitar la inversión de la carga eléctrica de las micelas debe ser indicación inicial en toda fleboterapia (Küster F. W.).

Las dosis primeramente empleadas fueron al 10 por 100 en ampollas de 5 c. c. de agua tridestilada; empezamos siempre por una de estas ampollas buscando la tolerancia, y á la tercera ó cuarta inyección doblamos la dosis, la inyección diaria, y se puede administrar progresivamente hasta 3 gramos de sal de una vez, con perfecta tolerancia para todas las edades. Sólo nos ocurrió en los 17 casos de síndromes

coreicos tratados con estas sales, que una jovencita en la que en un principio no pudimos averiguar la causa de las fiebres que había padecido, vinimos en conocimiento de aquella, cuando sin ser vagotónica, tras la primera fleboinyección, se presentó todo un cuadro febril palúdico, y por más investigaciones que se hicieron, no se consiguió descubrir al plasmodium responsable, pero una asociación al tratamiento magnésico de cuatro fleboinyecciones de cloruro neutro de quinina, sirvió para hacer cesar el cuadro febril y el corea á los veinticinco días de este tratamiento mixto.

Una vez sensibilizado el enfermo, lo cual ocurre á las primeras inyecciones, y hasta sin esta preparación, nosotros hemos empleado las raquíinyecciones con estas sales, y salvo las molestias de impregnación general nerviosa (vómitos, cefalea, fiebre, etc.), que duran de uno á dos días, son toleradas, pero á fin de evitar molestias al enfermo, procuramos sensibilizarlo antes de emplear la vía raquídea. Esta, así como la fleboinyección, no debe plantearse á ciegas; idénticamente toda raquíterapia debe ir precedida de un análisis del líquido cefalorraquídeo que consideramos imprescindible á pesar de las seguridades derivadas de los hechos clínicos y de los biológicos de sangre, pues dicho análisis cefalorraquídeo nos facilita datos de justificación, de corroboración y de contraindicación raquíterápica. De corroboración, porque en él podemos encontrar datos más claros y ampliatorios de la medicación empleada; de justificación, porque entendemos que la raquíterapia se impone cuando la sustancia que venimos inyectando en venas, no se la encuentra en el líquido cefalorraquídeo, por desgracia, según nuestros ensayos, á excepción de la cafeína, estrocinina, benzoato sódico, que se encuentra en escasa cantidad, todas las demás, incluso con el drenaje previo de la cavidad aracnoidea, tan sólo hemos descubierto indicios de las sustancias fleboinyectadas. Nunca pudimos observar el polvo cristalino revelador de las sales de magnesio cuando á 6 ú 8 c. c. de líquido cefalorraquídeo añadíamos 2 c. c. de fosfato sodamónico y unas gotas de amoníaco para acelerar la reacción. Siendo natural que así ocurra, por cuanto normalmente la sangre desecada tiene unos 18 centigramos de sales de magnesio, y, sin embargo, no son elegidas por los epitelios de los plexos coroideos, para formar el líquido cefalorraquídeo normal.

La primera raquí fué de 20 centigramos, la segunda si fué tolerada, pasamos al doble, la cuarta ya es la triple, pero alternas en vez de diarias, y en varios casos con el cloruro de magnesio llegamos á 90 centigramos, siendo á nuestra experiencia la sal raquíinyectable que en la actualidad más masivamente puede tolerar el individuo y sus tejidos nerviosos, debiéndose multiplicar estas investigaciones dada la necesidad que al clínico le surge de hacer llegar los medicamentos al seno de los tejidos nerviosos, lo cual la práctica demuestra que es difícil con las fleboinyecciones; pues aparte de la acción selectiva coroidea, casi todos los procesos nerviosos se inician por los vasos, que al perder en permeabilidad dificultan el paso medicinal. Item más; la causa del atraso de la terapéutica nerviosa estriba y estribará en esa dificultad y en la disposición anatómica de los vasos linfáticos de importantes segmentos nerviosos centrales que sin formar órganos independientes, se constituyen en vainas perivasculares venosas capilares y arteriales, llegando la linfa á circular, como nadie ignora, por los intersticios de la túnica adventicia; y este complicado sistema de desagüe á la menor flogosis se perturba, comprometiendo la importante función trófica neurofibrilar, con sus típicas degeneraciones irreparables.

Y continuando con la importancia del análisis previo del

líquido cefalorraquídeo, diremos que no sólo nos facilita datos corroborantes y justificantes de la raquiterapia, sino también contraindicantes de aquélla, siempre que se presente el síndrome de Froin, ó la disociación albuminocitológica de Ayer, Foix, Sicard, Raven, etc., indicadora de sífisis meningoelástica, ante la cual debemos evitar inyectar medicamento irritante alguno subaracnoideamente, so pena que su acúmulo mecánico y químicamente provoque su acción necrótica sobre centros nerviosos, con su resonancia trófica en la periferia. Por desgracia los signos de laboratorio reveladores de la mencionada sífisis son muy tardíos de aquí que nos sirva de pauta para cambiar de altura ó cesar en la raquiinyección, no la escasa ó nula salida de líquido cefalorraquídeo, lo cual á veces puede ser por la penetración de la aguja en la línea media y enfundarse en el septum porticum medium, sino el detenido estudio de la sensibilidad elemental y sintética por debajo del que fué plano de la inyección.

La cantidad total de sales de magnesio fleboinyectada, pasó de 20 gramos en la mayoría de los casos en 22 á 30 inyecciones; la cantidad referente á las raquiinyecciones alcanzó 10 gramos en 20 ó 26 inyecciones.

En cuanto á los resultados, diremos, que las sales de magnesio ejercen un beneficioso resultado sobre el tono y desorden muscular, tanto en los coreas agudos como en los crónicos, sobre todo en las primeras inyecciones, pero dichas sales carecen de valor específico y curativo incluso en los síndromes agudos, pues aquél tan sólo lo hemos encontrado en los medicamentos preconizados para combatir los procesos morbosos etiológicos responsables del síndrome coreico.

La acción paliativa beneficiosa de las sales de magnesio no acertamos á explicárnosla, pues si bien está en la mayoría de los síndromes que estudiamos disminuida la cantidad de sales de magnesio, no lo es tanto como en los epilépticos, y en éstos no tiene ninguna acción evidente; además, si así fuese mejor iría en el corea la paratiroidina, hipófisis, diastemáticas, tiroides como reguladoras de las mutaciones de las sales de cal y magnesio, y dicho tratamiento es en casi todos los síndromes de resultados negativos, pues tan sólo se mejoran algunos coreas con déficit glandular y en particular de paratiroides, sin duda las sustancias tóxicas procedentes del timo y demás órganos son destruidas y dejan de excitar á los centros coreógenos con la opoterapia mencionada.

Quizá las sales de magnesio al inyectarse actúen como sustancias amiótropas, con predominio simpácticotrope, y actuando sobre los elementos que intervienen en el tono y, por lo tanto, en el desorden muscular benefician al síndrome; pues hoy gracias á los trabajos de Pick, Boecke, Froehlich, Danielopolu y otros, sabemos que los músculos tanto vegetativos como estriados, singularmente estos últimos que creíamos sólo con terminaciones encefaloespinales, tienen otras neurovegetativas; el simpático inhibidor y el parasimpático excitador á cuyos elementos se le asigna papel en el tono muscular, y como todos sabemos que esas sustancias de doble acción simpática-parasimpática inicial, se hace luego de predominio simpático, puede esto explicarnos cómo en los síndromes coreicos las sales de magnesio no tienen una acción terapéutica fija ni duradera, pues nosotros sólo concedemos valor terapéutico positivo á la medicación que acelera la declinación y evita la recidiva del proceso; pues existen muchos síndromes coreicos, que ceden con, sin y á pesar de la terapéutica.

Ante los hechos mencionados, asignamos á las sales de magnesio un papel paliativo, más no curativo, en ningún síndrome coreico, de aquí la necesidad de asociarlas á la

medicación específica del proceso responsable del síndrome coreico.

Y al dar fin á nuestro trabajo, formulamos de todo lo expuesto las siguientes

CONCLUSIONES

1.^a La mayoría de los neurólogos consideran como zona coreoatetógena al caudal, putamen, y pedúnculos supercerebelosos, cuyos segmentos al afectarse originan los correspondientes síndromes coreicos con las particularidades propias de cada centro.

2.^a El corea no es una entidad, sino un síndrome, que se presenta por interesarse los anteriores centros en procesos de muy distinta naturaleza etiológica y diferente evolución clínica.

3.^a De la persistencia y difusibilidad de la causa que actúe sobre los vasos de los mencionados centros dependerá que el corea sea agudo ó crónico, masivo ó progresivo, puro ó complicado.

4.^a Siendo así que cada síndrome coreico obedece á un proceso responsable diferente, á éste hay que combatir para anular el síndrome y su recidiva, mientras sea posible, pues ésta y más la receptividad coreica familiar es difícil de combatir.

5.^a En los casos de nuestra estadística, tratados por las sales de magnesio, jamás tuvimos ocasión de apreciar una acción específica de éstas, á pesar de las elevadas dosis y vías empleadas, por lo cual sólo les concedemos el valor de paliativas, el cual aumenta cuando se le asocia la medicación que exige cada proceso responsable del síndrome.

Y 6.^a El atraso de la terapéutica nerviosa en general incluso de los síndromes coreicos crónicos, estriba y estribará en la disposición anatómica ya mencionada de los vasos linfáticos que á la menor flogosis compromete el trofismo neurofibrilar, dando lesiones irreparables y aumenta la dificultad del arribo medicinal por fleboinyección á los centros nerviosos, lo que justifica la generalización que debe hacerse de los craneo y raquiinyecciones.

Valencia, 24 de Noviembre de 1933.

Parto con hidrocefalo en presentación de nalgas

POR

EUGENIO ASPEITIA

Médico titular.

Aunque en sí nada de notable tenga el caso que exponemos, las condiciones de medio rural en que se dió lo hacen en extremo interesante, y atendiendo á instancias de compañeros y vencidos justos reparos, nos decidimos á publicarlo.

En la madrugada del 18 de Septiembre último, somos invitados por el compañero de Andorra Dr. Catalán, para asistir juntos un parto distócico, sin darnos en la nota que nos envía más datos, rogándonos vayamos provistos de instrumental para la craneotomía.

A las dos horas del aviso—por razón de la distancia—llegamos al domicilio de la parturiente, y rápidamente, y sin más noticias que un *vea usted lo que hay*, tras los saludos de rigor, vemos un feto del que están desprendidos tronco y extremidades, en posición dorso anterior derecha, con el vientre voluminoso, y presenta en la espalda una herida quirúrgica de unos 6 centíme-

tros, profunda hasta el canal medulo-espinal. La parturiente presenta buen estado general, con el sensorio algo embotado, pues con tal estado de cosas no aqueja molestia alguna, pulso amplio y lleno, 68 por minuto, temperatura 37°3. Vientre medianamente abultado, notándose el útero distendido, llega al nivel del ombligo, de consistencia pastosa, y no se contrae mientras la exploración. Hay gran tumefacción en los genitales externos.



Mientras nos desinfectamos las manos para terminar la exploración interna, se nos hace la siguiente historia del caso.

La víspera al atardecer se llama al practicante para asistir al parto, no anotando nada anómalo hasta las diez de la noche en que ocurrió la rotura de la bolsa de las aguas, en cuyo momento cesan como por encanto los dolores, por lo que extrañado hace un reconocimiento, y enterado de que es una presentación de nalgas, requiere el auxilio del médico, el que confirma el diagnóstico, y en vista de la inercia uterina, que no cede con la pituitrina, hace el desprendimiento del tronco y extremidades para terminar con la maniobra de Mauriceau, la que le es imposible hacer, y por atender á la vida fetal, intenta una aplicación de fórceps, que fracasa, sospechando entonces que sea una cabeza grande el motivo de la dificultad, que confirma con una exploración detenida una vez fallecido el feto. Ocurrido esto incide el raquis con la idea de facilitar la salida de líquido cefalorraquídeo con nueva aplicación de fórceps, y no conseguido, solicita nuestro concurso.

Con gran dificultad por las molestias que se ocasionan á la paciente confirmamos el diagnóstico de un hidrocefalo, con cabeza movable por encima del estrecho superior.

Llegados á este extremo y sin discusión, reconócese la necesidad y urgencia de terminar el parto lo más rápidamente posible, y previa noticia á la familia de lo que ocurre, que puntualizaremos en comentario final, se practica una craniotomía, seguida de basiotripsia, terminando sin incidentes la extracción fetal. Seguidamente hacemos el desprendimiento manual de la placenta, bajo anestesia que corre á cargo del Dr. Catalán. Sin incidente ni complicación alguna la puerpera es dada de alta á los diez días.

Hecha la sucinta historia del caso no podemos sustraernos á comentarios que estimo muy en su punto.

En primer lugar, el medio en que hubo de resolverlo, una casa de un pueblo, que aunque de cierto bienestar económico, dejaba que desear de higiene, y no por falta de medios, sino por falta de cultura, pues no les cabe en la cabeza á nuestros buenos aldeanos el aparato de ropas limpias, jofainas, etc., que hicimos proveer..., y único medio de que podíamos disponer. De otra parte, el asunto estuvo en sus comienzos en manos del practicante, que si ciertamente demostró pericia y cultura, no está obligado á tener exacta conciencia del caso; luego la extracción de músculos y tronco, las aplicaciones de fórceps, nuestra exploración é intervención instrumental; en suma, un parto muy *maniobrado*, y por tanto, muy propicio á que hubiese una ulterior infección de la que aquél día casi estábamos ciertos que ocurriría.

Por otra parte, y ya este comentario es de nuestra exclusiva personalidad, la intuición de un algo de expectación familiar y extrafamiliar, ante nuestra calma y decisión al aceptar—hechas prudentes reservas sobre infección—la solución del caso *confirmada á posteriori*, y debiendo confesar que meditado lo árduo de la solución, fácil (?) quizá para un tocólogo, pero no para un médico rural—que ha de ser una especie de enciclopedia,—quizá influyó en mucho esta sospecha para decidirnos, apoyada por la razón moral de que la más pronta ayuda podría venir al cabo de veinticuatro horas (no hay telégrafo, ni teléfono y estamos á 40 kilómetros del ferrocarril). Eso sí, la noción del deber nos impulsó, soslayando el temor muy justo de la engorrosa maniobra que sólo habíamos visto practicar una vez en los años de internado en la Facultad de Zaragoza, al malogrado maestro D. Cristino Muñoz.

No describiremos de intento, lo laboriosa que nos fué la craniotomía y aplastamiento, que lo fué mucho, empleando en ella *diez y seis minutos*, debiendo anotar el justo dato, que dará idea de la altura á que hubimos de llevar las cucharas del basiotrito de Tarnier, modelo que empleamos, que la cabeza fetal—que quisimos llenar de agua para fotografiarla, admitió un cántaro de agua (unos 11 litros),—á cuya altura habíamos de llegar á través de una vulva y vagina muy tumefactas, ocupadas por el cuello del feto y nuestro brazo, guía, y que en suma, no es lo mismo leerla en los tratados que practicarla, pero todo terminó felizmente.

Al intentar llenar la cabeza, sin duda alguna esquivarla ósea rompió la piel por el parietal izquierdo vaciándose, por lo que apenas da idea de su volumen la fotografía.

Como antecedentes, anotamos que se trata del tercer parto. El primero, con feto muerto que hubo que extraer con fórceps y tenía la cabeza grande. El segundo, una niña viva que tiene cuatro años, y un aborto el año anterior.

Allora (Ternel).

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

Comisión ejecutiva para el saneamiento de comarcas palúdicas.

VISITA DE INSPECCIÓN REALIZADA POR EL AYUDANTE DE LA SECCIÓN DE PARASITOLOGÍA DEL INSTITUTO DE ALFONSO XIII, D. EMILIO LUENGO, EN SAN PEDRO DEL PINATAR (MURCIA), DÍAS 17, 18, 19 Y 20 DE OCTUBRE DE 1923.

Habiéndose recibido en la Dirección general de Sanidad la denuncia de la aparición en San Pedro del Pinatar (Murcia) de un brote intenso de paludismo en el verano de este año, fuimos enviados a dicho punto con objeto de informar con exactitud a la Superioridad de la importancia del brote en cuestión y de las causas que pudieran haberlo motivado. Además, nuestra inspección tenía por objeto conocer y reglamentar la distribución de 8 kilos de comprimidos y 2 kilos de perlas de quinina, enviados por la Dirección de Sanidad como medida inmediata al recibir la denuncia.

Previas las visitas de rigor al señor alcalde y al médico titular, comenzamos en compañía de este último el examen de los casos atacados. Este examen lo hemos continuado igualmente con otro de los compañeros en días sucesivos.

Desde el primer momento pudimos comprobar que realmente existe en San Pedro del Pinatar un crecido número de palúdicos *in actu*, siendo por otra parte también muy numerosos los casos sin fiebre, pero que muestran claramente el sello de la infección pasada ó latente (anemia postpalúdica con color característico de la piel de la cara, esplenomegalias). Aunque no hemos hecho el índice esplénico exacto, hemos encontrado en varios de los niños examinados esplenomegalias pronunciadas.

En cuanto á los caracteres clínicos de las fiebres, coinciden los médicos de la localidad en la apreciación de que al lado de los tipos clásicos de intermitencia, otras fiebres revisten un carácter especial, comenzando con un ataque brusco, con ó sin escalofrío intenso, pero en cambio con temperatura desde el comienzo muy elevada (de 40° á 41°) y que dura de tres á ocho días, sin que durante este espacio de tiempo ocurra una apirexia completa, observándose tan sólo ligeras remisiones de 1° á 2° por término medio. A veces las remisiones se acompañan de sudores más ó menos abundantes; el final de este primer acceso coincide con un sudor profuso, quedando el enfermo apirético, reapareciendo después la fiebre con un tipo intermitente definido, ó lo que es más frecuente, con un tipo irregular, ya que interviene en seguida el tratamiento por la quinina.

Trátase, seguramente, á nuestro entender, de fiebres palúdicas de tipo *remitente*, producidas casi siempre por los parásitos del tipo *Laverania*.

Recogimos sangre en 24 de los enfermos examinados, eligiendo casos de todas las edades y en períodos diversos de la enfermedad (con fiebre, sin ella, en tratamiento por la quinina), así como también casos de

diagnóstico clínico dudoso, ya que pudimos apreciar la relativa frecuencia de afecciones febriles gastrointestinales, fácilmente confundibles con las formas de fiebre palúdica remitente.

Debemos hacer notar que la casi totalidad de los casos en que hemos practicado el análisis hematológico estaban ó habían estado en tratamiento reciente por la quinina.

Los frotos de sangre han sido examinados en la Sección de Parasitología del Instituto de Alfonso XIII por el Dr. de Buen y por el que suscribe el día 22 de Octubre de 1923.

Los resultados han sido los siguientes:

Análisis verificados	24
Casos con parásitos en la sangre.....	16

Los casos positivos corresponden a

Tercianas	2
Cuartanas.....	2
Laveranias.....	11
Anillos.....	1

TOTAL..... 16

De los ocho casos que resultaron con análisis negativo de la sangre, tres presentaban alteraciones globulares acentuadas del tipo corriente en las anemias postpalúdicas; otros dos presentaban clínicamente una fiebre de carácter dudoso, tal vez de origen gastrointestinal, y los tres restantes eran casos apiréticos con aspecto sospechoso. Es posible que algunos de ellos sean realmente palúdicos, á pesar del resultado negativo del análisis.

Las fiebres, á pesar de su indiscutible carácter maligno actual (predominio de *Laveranias*), apenas ocasionan mortalidad. He aquí los datos tomados personalmente del Registro de defunciones:

En lo que va del corriente año, han muerto dos niños de fiebre perniciosa; uno de tres meses, en el mes de Mayo, y otro de seis años, en Agosto.

Estas cifras no son superiores á las de los años anteriores, como puede juzgarse por los datos que siguen:

En 1914 ocurren tres defunciones; dos en Agosto por fiebre perniciosa en varones de quince años y nueve meses, y una mujer de setenta y ocho años de fiebres palúdicas.

En 1915 y 1916 no se registra ninguna defunción por paludismo.

En 1917 mueren cuatro; una niña y un niño de seis años, ambos de fiebre perniciosa, en Agosto; otro niño de seis años, de fiebre perniciosa, en Diciembre, y una niña de caquexia palúdica, de cuatro años, en el mismo mes.

En 1918 mueren dos; hombre de treinta y un años, de perniciosa, en Septiembre, y una niña de cuatro años, de caquexia palúdica, en Diciembre.

En los dos años, 1919 y 1920, no se encuentra ninguna defunción por paludismo.

En 1921 mueren dos; mujer de treinta años, por perniciosa, en Octubre, y otra de cincuenta y ocho años, de caquexia palúdica, en Diciembre.

En 1922 mueren otras dos personas; un varón de

treinta y ocho años, en Mayo, de anemia y caquexia palúdica, y otro de cincuenta y nueve, en Octubre, de pernicioso.

Como se desprende de estos datos, desde hace tiempo existe el paludismo endémico en San Pedro del Pinatar, sin que hasta la fecha, el intenso brote ocurrido este año haya hecho elevarse el promedio de la mortalidad por dicha enfermedad en años anteriores. Pero indudablemente, la morbilidad ha sido muy superior á la observada anteriormente, hasta el extremo de que no solamente las autoridades, sino también los compañeros de la localidad y diversos vecinos á quienes nos hemos dirigido, afirman unánimemente que ha sido rara la casa en donde no se ha observado algún caso.

Fácilmente se comprende la importancia de la elevación de la cifra de la morbilidad por paludismo, cuya influencia indirecta sobre la mortalidad global es bien conocida. En el Registro de defunciones hemos podido observar una cifra de mortalidad bastante elevada por tuberculosis pulmonar en San Pedro del Pinatar, á pesar de poseer un clima de excepcionales condiciones higiénicas en lo que se refiere á la temperatura media del ambiente.

En lo que atañe al tratamiento de los enfermos, hemos comprobado una vez más lo que desde el primer momento de su actuación pudo apreciar la Comisión ejecutiva para el saneamiento de comarcas palúdicas de España, á saber: que la inmensa mayoría de los palúdicos se tratan insuficientemente, por lo cual el número de gametoparportadores va siendo cada año mayor en una zona infectada.

Recordemos á este propósito la interesante publicación del Dr. De Buen «*Datos para el tratamiento del paludismo agudo*» (aparecida en EL SIGLO MEDICO, año de 1922), donde basado en el estudio de 1.185 casos de paludismo con resultado positivo al examen de la sangre, observados en el primer año de campaña antipalúdica en Talayuela, demostraba de un modo harto elocuente la necesidad de un tratamiento prolongado por la quinina para poder asegurar la curación del mal.

Las causas principales del tratamiento insuficiente en San Pedro del Pinatar, son las mismas que en otras regiones y pueden reducirse á las tres siguientes:

1.^a El precio elevado de la quinina, que impide á la clase trabajadora (la más atacada por lo general) adquirir el medicamento necesario para prolongar el tratamiento durante el tiempo debido.

2.^a La inconstancia del enfermo en seguir el tratamiento una vez que han desaparecido las fiebres, unida á la frecuencia con que algunos médicos se limitan á administrar la quinina como medicación sintomática durante los períodos de pirexia. Esta segunda causa disminuiría mucho de valor si el precio de la quinina fuese menor del que actualmente tiene en las farmacias. Sin embargo, muchos enfermos abandonan pronto el tratamiento para evitarse las molestias que á veces (no siempre) produce el fármaco. Este inconveniente puede vencerse, aunque con alguna dificultad, como hemos podido observar en las campañas antipalúdicas de Extremadura, por la administración diaria del me-

dicamento por una persona encargada, del tipo de la enfermera visitadora á domicilio.

3.^a El temor de algunos médicos á los efectos tóxicos de la quinina, por lo cual la administran á dosis excesivamente prudenciales.

En nuestra visita de inspección hemos recomendado tanto á los compañeros, como á los mismos enfermos, el tratamiento con una dosis curativa de quinina (según la edad, etc.), durante quince días como mínimo, con arreglo al plan general seguido por la Comisión antipalúdica. Desde luego, el médico debe vigilar en cada caso la tolerancia del individuo y modificar, según ella, tanto la dosis como la vía de administración.

En cuanto á la distribución de la quinina enviada por la Dirección de Sanidad, nunca será entregada ó los enfermos sin la receta del médico, que quedará como justificante en el Municipio.

Hemos estudiado las condiciones del ambiente local desde el punto de vista del paludismo, tratando de descubrir las causas del brote ocurrido este verano.

San Pedro del Pinatar es una villa de 3.076 habitantes, situada en las proximidades del mar Mediterráneo y del mar Menor. La distancia más pequeña desde el centro del pueblo al Mediterráneo, es de unos cuatro kilómetros y al mar Menor de unos dos kilómetros. Sin embargo, el pueblo se continúa casi insensiblemente con gran número de pequeños hoteles y casas de campo que llegan hasta la misma orilla del mar Menor y bordean toda su playa. Existen varias salinas, la más importante de las cuales y á la vez la más próxima, está situada á unos cuatro kilómetros del centro del pueblo.

Todo el término ocupa un terreno llano, con rarísimas é insignificantes desigualdades. Las lluvias son muy escasas. El agua para la bebida procede casi exclusivamente de aljibes que recogen las aguas de lluvia y de muy raros manantiales. Rodeando el pueblo por los cuatro puntos cardinales, se encuentran numerosas norias con las balsas correspondientes. Existe, por último, un canal que va desde el Mediterráneo al mar Menor, hecho por la empresa de una de las salinas con objeto de levantar un muro de contención de las aguas de lluvia para que no inundaran las salinas. En dicho canal se forman diversas colecciones de agua dulce, aisladas, con abundante vegetación, procediendo el agua de las filtraciones del terreno. Al lado de ese canal existe otro de menor profundidad y completamente seco cuando lo examinamos, excepto en su proximidad al mar Mediterráneo, junto al Mojón. La fecha de la apertura del primero de los canales indicados es de unos doce años. Tratándose de un terreno impermeable en su capa más superficial, como sucede en los utilizados para la explotación salinera, es muy posible que las aguas de lluvia queden algún tiempo contenidas en las depresiones del terreno, formando charcas de duración variable. Sin embargo, en la fecha de nuestra visita no hemos encontrado más colecciones de

agua dulce que las balsas de las norias y las existentes en el canal. Todas ellas han sido examinadas para ver si contenían larvas y ninfas de Anopheles, encontrando que efectivamente existen larvas y ninfas de Culex y Anopheles, tanto en las balsas de las norias como en las charcas del canal. En las salinas propiamente dichas no hemos encontrado larvas, y por otra parte, han sido rarísimos los casos de fiebre registrados en los habitantes de las mismas.

Algunas balsas estaban completamente libres de larvas y otras, en cambio, las poseían en abundancia, sin que podamos explicarnos las causas de esta diferencia, ya que todas las balsas tienen una construcción igual, y en sus paredes no se desarrolla ninguna vegetación. Existen, desde luego, diferencias en la limpieza del agua de unas balsas y otras, pero hemos encontrado larvas en aguas perfectamente limpias, y en cambio, no las hallamos en otras con el agua en peores condiciones.

Por lo tanto, creemos que en conjunto deben considerarse como focos de anofelismo en San Pedro del Pinatar, todas las balsas, sin excepción, y el canal que va del Mediterráneo al mar Menor.

Pasan de 50 las balsas examinadas y existen, en todo el término, 98 norias, bastantes de las cuales están situadas, puede decirse, dentro del mismo pueblo.

Como dato importante hacemos notar, que en los últimos cuatro ó cinco años se han construido, aproximadamente, el 75 por 100 de las norias existentes, á consecuencia de la elevación que tuvo el precio del pimiento á raíz de la guerra europea, por lo cual dedicaron gran parte del terreno al cultivo de esta planta.

Como conclusiones de nuestra visita, establecemos las siguientes:

- 1.^a Que en San Pedro del Pinatar existe, desde hace mucho tiempo, paludismo endémico que ocasionaba, por término medio, una mortalidad de dos á siete por año y por 3.000 habitantes.
- 2.^a Que este verano se ha aumentado extraordinariamente la cifra de la morbilidad, sin que por fortuna haya que lamentar aumento de mortalidad, por lo menos, hasta la fecha.
- 3.^a Que son muy frecuentes las fiebres producidas por los parásitos del género *Laverania*, según resulta del análisis de la sangre de varios enfermos examinados. Por lo tanto, trátase, sin duda alguna, de paludismo grave.
- 4.^a Que la casi totalidad de los enfermos se tratan insuficientemente, por lo que las fiebres se prolongan durante largo tiempo.
- 5.^a Que los focos de anofelismo importantes del término municipal están representados exclusivamente por las numerosas balsas de las norias y por los charcos que se forman en el canal que va desde el Mediterráneo al mar Menor.

Madrid, 28 de Octubre de 1923.

Bibliografía.

FALTAS Y PELIGROS EN LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, publicado por Stich y Makkas, Editor, Gustavo Fischer, de Jena.

La actualidad médico-literaria es hoy en Alemania el libro editado por Gustavo Fischer, de Jena, y publicado por diversos cirujanos, bajo la dirección de Stich y Makkas y cuyo título es el escalofriante de «Faltas y peligros en las operaciones quirúrgicas».

Adelantemos que, dada la actual situación económica de Alemania, la aparición de este libro es un enigma; es un magnífico tomo en cuarto de más de mil páginas, con papel hermosísimo, con láminas en negro y en color, admirables, con todo el refinamiento de los buenos libros de antes de la guerra. Reconocemos nuestra incapacidad para penetrar en el misterio de las ediciones bien hechas y de las publicaciones esmeradas, pero nos asombra cada libro recibido del país germano cuando lo comparamos con las obras que aquí salen alguna vez á luz.

Y ahora al contenido de este libro, cuya lectura interesa al cirujano y también al médico, de modo tal, que empezado cualquier capítulo, hay que devorar toda la obra, y á lo largo de ella la emoción, unas veces suspende, y otras crispa. Cuando, después de recorrer algunas páginas, empuñamos el bisturí, damos á este acto una significación todavía más transcendente de la que le atribuimos en todas las ocasiones, y cuidado que estamos acostumbrados á dar á las intervenciones quirúrgicas toda su enorme transcendencia. No podemos olvidar, al leer este libro, la inmensa sabiduría que encierra una frase popular en Castilla, en ese archivo de la experiencia que forma el núcleo de nuestra nacionalidad. En Castilla se dice que las gentes mueren por tres causas: primera, por envidia del bien ajeno; segunda, porque los matan los médicos, y tercera (y son los menos), porque Dios los llama á juicio. En este libro se ve de qué modo cualquier progreso terapéutico, hasta hacerse viable, hasta establecerse sólidamente, exige un número de víctimas. La característica de esta obra y su más preciosa singularidad, es estar hecha por cirujanos, los más afamados de un país donde abundan grandes maestros de la Cirugía. No es un libro de sectarios enemigos de la Cirugía, porque eso no se comprendería en nuestro tiempo; es un tratado escrito por hombres que tienen una enorme experiencia sobre las diversas intervenciones quirúrgicas y procuran poner en guardia á sus colegas para evitarles los sinsabores que, unas veces las naturaleza y otras el arte, dan á quien tiene sobre sí la responsabilidad de la vida de sus semejantes.

Hoy no se puede concebir el tipo del médico anti-operador. Ese tipo, que debiera enseñarse en los museos de Geología al lado de ictiosaurio, constituye una de las causas de las faltas en las operaciones quirúrgicas, las que radican en una mala indicación operatoria. Querer resolver una retención de orina en un prostático, administrando unas veces cornezuelo, para despertar la contractilidad de un músculo que se diagnostica

insuficiente, y dando otras veces, ó acaso en el mismo enfermo y á renglón seguido, atropina, para disminuir la contractilidad de su esfínter... y dejar que en esos ensayos pasen las horas y venga la muerte, sin atreverse á sondear al enfermo por ser el sondeo cosa peligrosa, como sé que ha ocurrido en dos casos asistidos por los mismos dos médicos, es un delito científico, y sus autores, en lugar de pasar el tiempo en declamaciones de política médica, debieran apresurarse á emplearlo estudiando terapéutica...

Reconocemos que el libro de «Faltas y peligros en las operaciones quirúrgicas» tiene en nuestro país la mayor actualidad, por lo que á las faltas se refiere, en cuanto, como acabo de apuntar, estas faltas estriban en dejar pasar la oportunidad operatoria. Hay muchos sujetos que tienen lesiones operables y sus médicos no se atreven á afrontar la intervención quirúrgica; hay muchísimo paciente con litiasis biliares y renales á los que sus galenos dicen, como el suyo decía á una enferma á quien libré de unas piedras en el riñón y del martirio que la producían: «Querer sacar esas piedras es ir contra la voluntad de Dios, que, cuando se las ha puesto á usted ahí, él sabe por qué ha sido...» Retrasar la cura radical de una hernia hasta que se estrangula, y después de hacer las más diversas maniobras de una taxis, en ocasiones brutal, mandarla al cirujano, es no sentir las responsabilidades de nuestra profesión. Claro que operar es siempre delicado, que las intervenciones más pequeñas ofrecen sus riesgos y tienen sorpresas en ocasiones terribles; pero de gran número de fracasos tienen la culpa los médicos al no aprovechar el momento quirúrgico de las enfermedades...

Si este libro de las «Faltas y peligros en las operaciones quirúrgicas» es conveniente para los médicos en general, es sencillamente precioso para aquellos cuyas actividades se encaminan por los senderos quirúrgicos... Ya se sabe que todo Tratado operatorio presenta los riesgos de cada intervención y el modo de evitarlos en lo posible; pero esta obra, al ocuparse exclusivamente de esos riesgos, los pone de manifiesto con una crudeza, con un relieve, que se fijan más profundamente en nuestra conciencia.

No suele ser la acometividad el mayor de los defectos de nuestros médicos, que si de algo pecan en general, es de tímidos ó de tardos ante sus enfermos; pero de vez en cuando se dan casos como el de un amigo mío, dentista especializado en extracciones, que al saber que una vecina suya estaba de parto, y como la cosa no se resolvía, ni la resolvían dos tocólogos llamados en auxilio de la comadrona, sin más dudar, hizo una operación cesárea y sacó el feto...; bien es verdad que el feto estaba muerto y la madre falleció inmediatamente. Para estos casos de arrebatos quirúrgicos nada tan útil como la lectura del libro de Stich y Makkas, que yo declararé obligatoria á todo el que quiera obtener el título de médico.

DR. ANGEL PULIDO MARTIN

Periódicos médicos.

SIFILIOGRAFIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Un nuevo caso de reinfección sifilítica.**—El doctor José May publica el siguiente caso clínico:

Etelvino P., viene á verme el día 7 de Agosto próximo pasado, por una lesión que presenta en el labio inferior, datando, según sus informes, de unos veinte días.

La inspección deja ver en la parte media del labio inferior una pápula recubierta de una corteza oscura del tamaño de unos 15 milímetros. Quitada la costra deja á descubierto una superficie sanguinolenta en la que se ven algunos puntos equimóticos, por trombosis de los vasos característicos de los accidentes iniciales cutáneos sifilíticos. Un núcleo duro se nota al tomarla entre los dedos índice y mediano, y tocado por el lado mucoso se siente la misma dureza, sobre la que el enfermo mismo llama la atención, porque la siente bien á la lengua.

Su evolución es la siguiente: comienza hace unos veinte días por una pequeña llaguita del tamaño de una cabeza de fósforo, dura, á la que le pone tintura de iodo, luego kero sene, luego la corta con el cuchillo, hasta que por fin viene á Montevideo, consultándome, con su lesión tal como la he descrito más arriba.

El diagnóstico clínico que se imponía era el de chancro sifilítico del labio inferior, y así lo insinué al paciente.

El enfermo me revela entonces, que en el mes de Diciembre del año 1919 consultó al Dr. Ferreira, en campaña, por un chancro del surco del labio izquierdo, datando de más de un mes, quien le extrae sangre, enviándola para su análisis al laboratorio del Dr. Justo González, dando pronto reacción Wassermann positiva.

Viene á Montevideo y pasa á asistirse al Pabellón Ricord, presentando roséola generalizada, placas mucosas, cefalea, dolores en las piernas acentuados durante la noche, en una palabra, estando ya en pleno período de manifestaciones secundarias. Allí fué tratado por el Dr. Canabal, quien le dió una serie de veinte inyecciones de neosalvarsán, sin que posteriormente sintiera absolutamente nada, encontrándose tan bien que no se hizo ninguna reacción, así como no se hacía ningún tratamiento.

En estas condiciones se aparecía como un caso de reinoculación sifilítica. Una investigación directa de treponema hecho por Prunell fué positiva y en abundancia, lo que contribuyó á confirmar aún más el diagnóstico que clínicamente no ofrecía ninguna duda.

Pensé en la posibilidad de una labialitis terciaria, pero fué para desechar dicho diagnóstico; recuerdo, en efecto, y seguramente lo recordará mi profesor el Dr. Brito Foresti, que hace ya unos seis años concurrió á la Clínica Dermosifilopática un enfermo presentando en el labio superior una zona negruzca que á la distancia daba la impresión de encontrarnos frente á un accidente inicial sifilítico, idéntica en su forma y en su aspecto al del accidente inicial del labio inferior representado en las láminas de Jacobi. Sin embargo, examinado prolijamente y de cerca, aparecían bien los caracteres clínicos de las lesiones terciarias, su decolamiento difícil dejando un borde casi excavado, y después la evolución clínica bajo la influencia del jarabe de Gibert descartó toda idea de reinoculación de sífilis.

Tal es el caso que he creído interesante exponer ante ustedes; faltaría para que fuera absolutamente irreproachable, los análisis de sangre intercalados que fuesen negativos, tal como he tenido oportunidad de constatarlo en otros

dos casos de reinoculación de sífilis que presenté al segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifiliografía, pero la existencia indudable de una sífilis secundaria anterior, diagnosticada clínicamente por los Dres. Ferreira y Canabal y serológicamente por el Laboratorio del Dr. González y las características clínicas y de laboratorio del accidente del labio, permiten afirmar que se trata de un nuevo caso de reinoculación de sífilis. (*Revista Médica del Uruguay*, Octubre de 1920.)

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Neurotomía retrogasseriana.**—El Dr. P. L. Mirizzi publica la siguiente historia clínica:

A. G., treinta y siete años, casada, quehaceres domésticos. Domicilio, Buenos Aires.

Diagnóstico.—Neuralgia esencial del trigémino derecho. **Antecedentes familiares.**—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Nació en Rusia; vivió allí hasta los veintitrés años de edad, en que se trasladó a nuestro país. Menstrúa desde los quince años con toda regularidad. Contrajo matrimonio a los veinticuatro años con un hombre sano. Tuvo cinco hijos, uno murió a los ocho días de edad, de causa desconocida; los demás viven y son sanos. Hará siete años, próximamente, tuvo un aborto de tres meses, considerando la paciente como causa de él, un esfuerzo. La única enfermedad infecciosa que ha tenido es el sarampión. Hace cinco años se le hizo una pexia de útero, por vía alta.

Enfermedad actual.—Hace once años, en pleno buen estado de salud, nota un dolor agudísimo en el lado derecho de la mandíbula inferior; pensando que se tratara de una neuralgia dentaria se le extraen dos molares inferiores derecha. El dolor continuó con ligeras variantes, reagudizándose en los cambios bruscos de temperatura. Su alimentación se torna escasa, debido a la neuralgia que despierta la masticación de los alimentos; constípase en los períodos de mayor dolor. Ha sido tratada por distintos facultativos; uno de ellos le puso inyecciones de alcohol al nivel de los agujeros mentoniano e infraorbitario derechos; la alcoholización nerviosa le calmó temporariamente los dolores.

La paciente ha tenido períodos de calma hasta de ocho meses. El dolor agudo suele durar desde diez minutos hasta una hora, presentándose a cualquier hora del día. Según la descripción de la paciente, en los primeros años, la neuralgia estuvo circunscrita al área del maxilar inferior derecho, invadiendo sucesivamente la correspondiente del maxilar superior u oftálmico del mismo lado. Desde hace tres meses, la pobre enferma está casi en un ataque continuo. Todos los días tiene una o varias crisis dolorosas que se presentan al intentar hablar, al recibir aire frío en la cara, al alimentarse, o con sólo tocarse con la lengua, la corona de los dientes del lado derecho. La presión fuerte con la mano consigue mitigar el dolor. En estas condiciones ingresa a la sala 4.ª del Hospital de Clínicas.

Estado actual.—Enferma con buena constitución esquelética; músculos poco desarrollados, panículo adiposo escaso; tez pálida.

Faltan algunos molares. Los demás dientes están en buen estado. Puntos de Valleix positivos (agujero mentoniano suborbitario y supraorbitario derecho). Durante el examen se inicia el ataque del dolor que abarca todo el área del trigémino derecho. La enferma gesticula con la mitad derecha de la cara y contrae fuertemente los músculos masticadores del mismo lado. Hay vasodilatación derecha revelada por un franco enrojecimiento de la piel. Hay lagrimeo.

Con una inyección de medio centígramo de morfina cálmase por un par de horas; durante los veintitrés días que permaneció la enferma en el servicio hasta que fué intervenida, las crisis neurálgicas no faltaron un solo día.

Examen de ojos: normal.

Examen otorrinolaringológico: normal.

Examen dental: normal.

Foja quirúrgica.—Diagnóstico quirúrgico: neuralgia del trigémino derecho.

Operación indicada: neurotomía retrogasseriana derecha.

Operación. (Junio 23 de 1923.)—Cirujano: Dr. Mirizzi. Primer ayudante: Dr. Olmedo. Segundo ayudante: practicante Nudelman. Anestesia: Dr. Silvetti Carranza.

Anestésico: cloroformo (60 gramos), éter (40 gramos) y oxígeno (aparato de Roth-Dräger).

Duración de la operación: una hora y media.

Operación.—Paciente en posición sentada; incisión temporal de Krause-De Beule, previa sutura hemostática de Heidenhain. Se hacen cinco orificios con el trépano de Hudson. Se seccionan en bisel los puentes óseos con sierra Gigli. Se horada la base con la pinza de Dahlgren, fracturando el colgajo óseo; con la pinza gubia se excava (porción escamosa del temporal y gran ala del esfenoides) hacia la fosa media del cráneo hasta la cresta esfenofrontal. Despréndese la duramadre de la fosa media del cráneo, dando este desprendimiento una regular hemorragia en napa que se domina con pequeños cilindros de algodón. Se llega al agujero redondo menor, donde se introduce un poco de cera; se aísla la arteria meníngea media cargándola con la aguja roma de Adson y ligándola con hilo delgado doble cero, encerado, gracias al anudador de meníngea media Adson; seccionada la arteria se aplasta el muñón con cera en el orificio redondo menor. Se levanta el cerebro con el separador, alcanzando así los contornos del agujero oval; el desprendimiento de la dura del agujero oval, motivó una hemorragia venosa abundante que se cohibió con taponamientos repetidos. Se continúa el desprendimiento de la dura de la cara antero-superior del peñasco; se reconoce la eminentia arcuata y el hiatus de Falopio, por el cual salen los filetes petrosos, que por pasar como cuerda hasta la dura, fué necesario seccionarlos. Se llega así al Cuvum Meckelii, al desprender la dura próxima al borde superior del peñasco inunda el campo operatorio sangre venosa; bastó cambiar ligeramente la posición del separador para que se cohibiera la hemorragia. Levantado completamente el ganglio cubierto de su envoltura dural y forzado el arco que forma con la tercera rama presentóse a la vista la ligera concavidad perteneciente a la porción del borde superior del peñasco situado por dentro del tubérculo de Princeteau ó sea la porción del borde superior del peñasco donde cabalga la raíz posterior.

Se secciona paralelo al eje de la raíz e inferiormente a la misma, desde la concavidad antes dicha hasta el borde posterior del ganglio, la duramadre y la aracnoides, con el cuchillo dural de Adson. El campo operatorio fué invadido con líquido cefalorraquídeo que se absorbe con pequeños cilindros de algodón. Seco el campo, veíanse a través del ojal las fibras longitudinales y brillantes de la raíz posterior del ganglio de Gasser. Con la aguja roma que se utiliza para cargar la meníngea media, se enganchó con toda facilidad de arriba a abajo la raíz, siendo seccionada sin dificultad con una tijera larga, estrecha y curva; la sección fué facilitada, merced a una suave tracción que exteriorizó parcialmente la raíz. Se verificó prolijamente, para no dejar fibras sensitivas sin seccionar. Se retiró el tapón de gasa del agujero oval, saliendo sangre nuevamente, razón por la cual se deja un taponamiento flojo en la fosa cerebral media; la

gasa sale por la parte anterior de la herida operatoria. Repúsose el colgajo osteocutáneo, que apartó firmemente por el bisel de la sección ósea. Suturóse (por puntos separados de catgut, el músculo temporal y la aponeurosis epicránea. Crin en el cuero cabelludo.

Se venda la enferma, colocando un protector de vidrio en el ojo derecho. Pocos minutos después, quizás debido á la posición sentada, la paciente fué presa de un síncope (anemia bulbar). Bastó colocarla en el decúbito horizontal é inyectarle cardiotónicos, para que reaccionara inmediatamente.

Periodo postoperatorio (Junio 23).—Por la tarde se hace una antisepsia ocular con ácido bórico y argirol; se cambia el apósito algo empapado con sangre y líquido cefalorraquídeo. La enferma quédase al nivel de la herida operatoria, y no de su cara, declarando que fué á la sala de operaciones con la crisis dolorosa y que no la tiene desde que ha despertado de la anestesia. Hay escasos vómitos y náuseas. Se hace suero y aceite alcanforado cada seis horas; orina espontáneamente; no hay novedad por el territorio del facial derecho.

Junio 24: Se cambia el apósito por la mañana, impregnado con líquido cefalorraquídeo y sangre. Estado general, bueno. Hay un poco de tos. Se da benzoato y acetato de amonio, revulsión torácica por existir algunos rales congestivos en ambas bases. Se continúa la protección y antisepsia del ojo derecho. La enferma descansa y empieza á tomar líquidos, llamándole la atención que antes, al sólo contacto de ellos con los dientes, despertaba la neuralgia, y que ya no ocurría lo mismo.

Junio 25: Se cambia el vendaje y se retira la sutura de Heindenhain; por la parte posterior de la herida operatoria sale un poco de sangre y líquido cefalorraquídeo. Las regiones vecinas están un poco edematosas. Estado general, bueno.

Junio 26: Se saca el tapón de gasa de la fosa cerebral media (doce centímetros de largo por tres centímetros de ancho).

A los cinco días se retiran los puntos de la piel. Cicatrización por primera intención. La enferma se levanta á los diez días de operada.

Examen efectuado un mes después de la intervención.—Cicatriz en la región temporoparietal derecha, perfectamente curada. La enferma se queja de ligerísima cefalea; no hay trastornos en la palabra, ni disartria ni afasia. Facies pálida, expresión indiferente. Exoftalmía del lado derecho; la abertura palpebral del mismo lado es menor; pupila derecha mayor que la izquierda; no hay irregularidad pupilar; la motilidad ocular aislada y asociada es normal. No hay nistagmus. Reflejo conjuntivo corneano izquierdo normal; no hay inyección conjuntival. Mejilla derecha más aplanada que la izquierda, siendo mayor el relieve óseo cigomático molar del mismo lado. Hay paresia facial derecha en sus dos ramas. Hay franca tolerancia en la córnea y conjuntiva del lado derecho. En la abertura de la cavidad bucal el mentón se dirige á la derecha (parálisis de masetero); no se pueden apreciar diferencias en los movimientos de lateralidad de la mandíbula. Haciendo contraer los dos maxilares se nota disminución de la consistencia y fuerza del masetero y temporal derecho.

Hipoestesia ligera en la zona del oftálmico derecho, al dolor, al tacto, al calor y al frío; más marcada la hipoestesia en la zona del maxilar superior, siendo casi toda la zona del maxilar inferior anestésica.

Anestesia al tacto, al dolor, al calor y al frío del lado derecho de la lengua. La enferma nota una disminución notable de la sensibilidad á lo salado, á lo dulce y á lo ácido

del lado derecho de la lengua. Paladar derecho, cara interna de la mejilla derecha y encías del mismo lado, anestesia. Reflejo maseterino, débil.

La enferma salió de alta al mes de haber sido operada, completamente curada, y sin que los ataques de neuralgias se hayan repetido. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 8 de Noviembre de 1923.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Sobre la resección longitudinal falciforme plástica del estómago, con piloroplastia como tratamiento de las úlceras gástricas que asientan sobre la pequeña curvatura, por N. Hortolomei, de Jassy (Rumanía).**—En lo que concierne al mejor tratamiento quirúrgico aplicable á las úlceras de la pequeña curvatura, la opinión de los cirujanos se halla todavía dividida. La gastroenteroanastomosis, la más fácil de todas y de resultados más simples, se muestra en absoluto insuficiente. La indicación que se plantea de un modo formal en tales casos, es la resección de la úlcera, practicada hoy en día por numerosos cirujanos.

Sería prolijo enumerar todos los métodos que han sido propuestos, y dar cuenta de las numerosas críticas que han suscitado, aun las que se emplean más corrientemente. La resección en silla supone necesariamente el acortamiento de la pequeña curvatura tomando el estómago la forma de un saco de fondo situado muy abajo, por lo que la evacuación del contenido gástrico tiene que hacerse con lentitud y dificultad. La gastropilorectomía, tan empleada por algunos autores en las úlceras de la zona piloroduodenal, ha sido también aplicada á las úlceras de la pequeña curvatura, pero tiene la desventaja de ser laboriosa y de larga duración. La gastrectomía anular presenta el inconveniente de interesar la musculatura longitudinal y de impedir la progresión de las ondas peristálticas á nivel de la cicatriz operatoria.

Para obviar todos estos inconvenientes es por lo que Ostermeyer (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1921, tomo XLVIII, número 45), ha propuesto y ejecutado, con éxito, la resección longitudinal falciforme y plástica del estómago con piloroplastia, método que ha sido también practicado por el autor en dos distintas ocasiones.

La operación de Ostermeyer tiene por objeto resecar, no solamente la úlcera, sino también, al mismo tiempo, una parte de las paredes estomacales anterior y posterior y del antro pilórico hasta las proximidades del píloro, quedando una especie de conducto un poco más largo que el duodeno. Cada caso impondrá la necesidad de resecar más ó menos de cada pared, según el asiento anterior ó posterior de la úlcera. Después de la sutura, la pequeña curvatura se encuentra alargada. En cuanto á la técnica operatoria, es bastante sencilla. Se desinserta rápidamente el pequeño epiploon y, en caso de necesidad, se añade á esto el desprendimiento coloeplóico, si la úlcera está situada sobre la cara posterior, y se separan las adherencias de la úlcera, si las hay. A continuación se aplican dos pinzas curvas elásticas á lo largo de la pequeña curvatura y se escinde la parte de las paredes estomacales que comprende la úlcera. Una sutura total y una sutura serosa profunda, completan la intervención.

Sin ser partidario, termina el autor, de la resección á toda costa de la úlcera estomacal, he practicado escisiones de la úlcera y pilorectomías en un cierto número de casos. En cuanto á las úlceras de la pequeña curvatura, la resección longitudinal es, sin duda alguna, la operación más sencilla en su ejecución y en sus resultados operatorios, pues la evacuación del contenido estomacal se realiza bien y rá-

pidamente. Los enfermos operados se restablecen pronto y no sufren ningún trastorno diséptico, por lo que este nuevo procedimiento merece ser tomado en consideración. (*Lyon Medical*, tomo XX, núm. 5, Septiembre-Octubre 1923.)—T. R. Y.

DERMATOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La cuarta dolencia venérea, por J. Martins Barbosa.**—Esta nueva entidad morbosa, que se designa también con los nombres de enfermedad de J. Nicolas y Fabre, microchanero poradénico, poradenolinfitis supurada inguinal, linfogranulomatosis inguinal subaguda de origen venéreo, se conoce desde 1913, habiendo descrito el primer caso los Dres. Nicolas, Durand y Fabre. Con la guerra nadie pensó en esta entidad nosológica, sacada de los casos de patología linfoganglionar. Nuevamente, en 1922, Nicolas y Fabre se refirieron a la cuarta dolencia venérea, que aparece hoy como una nueva enfermedad, autónoma, específica, contagiosa, venérea, individualizada por su etiología, sus síntomas clínicos, su evolución y sus caracteres anatomopatológicos, macroscópicos y microscópicos. Se adquiere el mal por las relaciones sexuales, y comienza después de una incubación de quince a veinticinco días por un chancho de inoculación—*úlceras venéreas adenógenas*—, único ó múltiple, semejando extraordinariamente a una manifestación herpetiforme. Otras veces la puerta de entrada varía, observándose en el enfermo una ligera uretritis no gonocócica ó una simple balanitis. El agente infectante, desconocido, lleva en seguida su acción patógena a los ganglios inguinales y a los ganglios ilíacos. Esta localización ganglionar, que es la traducción más importante de la enfermedad, ocurre con mucha mayor frecuencia en el hombre; los ganglios de la mujer parecen mucho más resistentes a la infección. Enfermedad esencialmente local, se caracteriza además de la úlcera genital, que cura muy rápidamente, por la adenopatía poliganglionar, con periadenitis inflamatorias, que rápidamente llegan a la supuración, dando origen a pequeños focos purulentos, aislados, múltiples, fistulizándose con gran facilidad y siendo estas fistulas de curación difícil. Simultáneamente (y esto constituye igualmente una característica de la enfermedad) prodúcese la invasión de los ganglios de la fosa ilíaca interna, del mismo lado de la lesión inguinal. La palpación encuentra en la fosa ilíaca interna un tumor duro, voluminoso, liso ó mamelonado, de volumen variable desde el de un huevo de paloma hasta el de una naranja grande, adherido a los planos profundos, pero no a la piel. Estos ganglios no supuran nunca y desaparecen espontáneamente, sin intervención directa cuando curan las adenitis inguinales. Esta adenitis ilíaca voluminosa, que se encuentra casi siempre, que no supura nunca y que sana cuando desaparece la lesión externa, es una de las características dominantes de la enfermedad. El pus presenta también caracteres especiales; no es el pus cremoso, bien ligado, de las supuraciones ordinarias banales, ni tampoco mal ligado, grumoso como el pus tuberculoso; es un pus filante, viscoso, blanco amarillento, semejando la clara de huevo, difícil de aspirar con la pipeta de vidrio para el examen microscópico. A este examen muéstrase constituido por una sustancia granulosa, en medio de la cual se ven polinucleares, glóbulos de pus típicos, elementos linfoides, grandes mononucleares acidófilos, que desempeñan el papel de macrófagos y que contienen en su interior, ó bien detritus celulares, ó bien fragmentos nucleares en pignosis, ó bien granos de volumen variable, fuertemente coloreados por los reactivos,

granos que se encuentran igualmente fuera de las células y cuya naturaleza parasitaria ó degenerativa nuclear podría ser discutida. La sangre acusa una moderada leucocitosis (10 á 15.000), con predominio de los medianos y grandes mononucleares y reducción de los linfocitos. Al comienzo son frecuentes los síntomas de infección general, á veces ligero aumento del bazo. El pronóstico, relativamente bueno en cuanto á la salud en general; pero puede ser grave en cuanto al estado local, porque la enfermedad abandonada á sí propia no tiene ninguna tendencia á la curación, sino que persiste y se extiende cada vez más. En cuanto al tratamiento, Midas y Fabre recomiendan la radioterapia antes de la fistulización, y después de establecida ésta, la extirpación quirúrgica en masa de todo el bloque ganglionar. Otros hablan del lugol al 1 por 100 *per os*, á dosis de cinco cucharadas grandes diarias, ó en inyecciones endovenosas, 1 á 5 c. c. por día. Otros, la tintura de iodo, á dosis de L á LXXX gotas por día. Ravaut aconseja el clorhidrato de emetina en inyección subcutánea ó intravenosa, á dosis de 5 á 10 centigramos cada una. (*A Medicina Moderna*, 25 de Noviembre de 1923.)—E. LUENGO.

OBSTETRICIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Esterilidad por válvulas intracervico-uterinas.**—**Curación.**—El Dr. Edmundo Escomel refiere el siguiente caso clínico:

Entre los diversos casos de esterilidad que hemos podido observar en la mujer, nos ha sido dado controlar uno que dependía de la existencia de válvulas en el interior de la cavidad del cuello uterino, que sin oponerse á la salida indolora de la sangre menstrual, ofrecía valla insalvable para la penetración de los espermatozoides para realizar la fecundación.

Se trata de un matrimonio realizado hace cuatro años, sin fecundación alguna, á pesar del deseo legítimo de los dos cónyuges de tener descendencia.

El esperma del esposo contenía abundantes y móviles espermatozoides.

La mujer tenía su vagina bien conformada, cuello uterino bien enfrentado con ésta, su boca de proporción normal, situación y tamaño normales.

Menstruó con regularidad y sin dolores desde la edad de catorce años.

Al practicar la histerometría, el extremo del instrumento, después de recorrer una pequeña distancia, era invariablemente detenido, ya sea que se llevase rozando la pared anterior, ya sea la posterior.

Con la histeroscopia, muy fácil de hacer si se la practica, como hemos tenido ocasión de señalarlo por vez primera, embadurnando con negro de humo colodionado el pabellón del histeroscopio de manera que todos los rayos luminosos son absorbidos allí, dejando penetrar solamente los que llegan á la luz del instrumento, y sirviéndonos del sencillo espejo frontal de Clar, se veían muy claramente dos válvulas análogas á las sigmoideas de la aorta, en forma de nidos, uno superior y otro inferior, de cavidad dirigida hacia el exterior, de borde adherente superior, por manera que tratando de sondear la cavidad uterina, los instrumentos se insinuaban indefectiblemente en el fondo de saco de las válvulas sin llegar á traspasarlos, y lo que sucedía con los instrumentos acaecía con el líquido espermático, pues se adhería eficazmente los bordes libres de las válvulas, el uno al otro.

La discisión y destrucción de las válvulas bajo el con-

trol de la histeroscopia, fué de lo más sencillo, pudiéndose pasar sin dificultad en tres días hasta el Hegar diez sin desgarrar de la cavidad cervical del útero, quedando por consiguiente el camino franqueable para la fecundación.

Tres meses y medio después vi á la enferma, que no había vuelto á menstruar después de la pequeña intervención, la que tenía náuseas, vómitos, alterabilidad del carácter, congestión de los senos y el útero más grande que una naranja, es decir, los síntomas evidentes de un embarazo que venía á colmar los vivos anhelos de un matrimonio estéril.

Por la rareza del caso, así como por la facilidad de la intervención, ayudada por la histeroscopia, es que he concepuado de palmaria utilidad el reseñarlo. (*Gaceta Médica Peruana*, Julio de 1923.)

PEDIATRIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Consideraciones sobre la patogenia de un caso de muerte tímica en un lactante, por el Dr. Adolfo F. Canelli.—Trátase de un lactante de diez meses, pálido, con excesivo desarrollo de tejido adiposo subcutáneo y con flacidez del sistema muscular; operado de hernia inguinoescrotal con cloronarcosis sin incidentes, muere después de unas trece horas en colapso después de un período de disnea intensa. En la autopsia se aprecia un estado tímico-linfático con desarrollo notabilísimo y congestión del timo, una gran dilatación del corazón y un desarrollo deficiente del tejido cromafino de las suprarrenales. Indudablemente debe atribuirse la muerte á parálisis cardíaca; pero ¿cómo relacionar la brusca parálisis cardíaca con el estado tímico-linfático-hiposuprarrenal? Aparte de la cuestión de la existencia en el estado constitucional antes dicho de una debilidad particular del miocardio, la marcada hipoplasia de la substancia medular de las suprarrenales explica el escaso desarrollo de las células cromafinas, y por ello provoca una deficiencia en la función hemodinámica que ejercen las suprarrenales, y probablemente un desequilibrio funcional entre los órganos glandulares de secreción interna, entre ellos de las mismas glándulas suprarrenales; es decir, interviene un estado de disfunción pluriglandular. Aparte de la cuestión todavía debatida de si la narcosis clorofórmica provoca ó no la disminución de la adrenalina en el organismo; aparte de la otra cuestión de si la excesiva producción de la hormona tímica provoca ó no una menor resistencia para la narcosis clorofórmica, al autor le parece probable que en la cloronarcosis el estado de disfunción timo-linfo-médulo-suprarrenal esté exagerado. Verosíblemente están de frente dos acciones contrarias originadas por dos hormonas diversas; por un lado, la acción vagotónica de la hormona tímica; por el otro, la acción simpático-tónica de la hormona suprarrenal. Es probable que en el estado de disfunción tímico-linfo-suprarrenal el equilibrio dinámico entre estas dos acciones esté profundamente turbado en el sentido de que por disminuir la hormona simpácticotropa aumente la hormona vagotropa (hipervagotonía). Y esta excitación anormal de la acción vagotónica de la hormona tímica pararía el corazón. (*La Pediatría*, 1.º de Diciembre de 1923).—E. LUENGO.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de la retención azoada en los nefríticos, por A. Lemierre.—La retención azoada representa el fin natural del bríhtico y, ordinariamente, una vez que ha comenzado, tiene tendencia á continuar y á exagerarse.

No obstante se ha visto curar espontáneamente algunas azotemias sobrevenidas á consecuencia de una nefritis aguda. También es curable la azotemia por retención de orina, debida ésta con frecuencia á hipertrofia de la próstata. Estos enfermos, considerados muchas veces como bríhticos puros, pueden llegar á morir de uremia si no se explora la región subpubiana y se les somete al cateterismo y á los cuidados de un urólogo.

La azotemia más corriente es la azotemia bríhtica. Contra ella lo primero que debe aconsejarse es la restricción de alimentos albuminoideos. Si la azotemia es muy elevada no suele conseguirse gran cosa, pero si es pequeña (entre 0,50 y 1 gramo ó 1,25 gramos) se obtienen á veces mejorías notables. La azotemia es siempre un fenómeno importante y grave. Ciertamente hay algunos sujetos que toleran bastante bien una pequeña azotemia (de 0,50 á 1 gramo), pero en cambio, otros con las mismas cantidades se sienten ya perturbados en sus condiciones, presentando accidentes digestivos, prurito, astenia, etc.

Se reducirán al minimum los albuminoides (25 á 30 gramos diarios) y, en cambio, se forzará la ración de hidratos de carbono, de grasa y de azúcar, que no producen urea. Entre los alimentos ricos en hidratos de carbono se encuentran el arroz, el pan y las patatas. Las carnes que contienen una fuerte proporción de albuminoides serán reducidas á 50 ó 60 gramos, á lo más. La leche tampoco es muy recomendable en la azotemia, puesto que es un alimento relativamente rico en albuminoides, ya que contiene 37 gramos de albúminas por litro. Por el contrario, las legumbres verdes resultarán ventajosas. El régimen deberá, pues, comprender un débil tenor de carne, en una sola comida ó tres veces por semana, insistiendo sobre las legumbres verdes, las frutas crudas ó cocidas y los hidratos de carbono. En los sujetos bastante resistentes se recomendará la alimentación vegetariana, no permitiendo la carne más que de tiempo en tiempo. En la azotemia incipiente, la cura de frutas (cura de uvas) se muestra á veces muy provechosa.

El enfermo atacado de retención azoada no por ello ha de padecer necesariamente de retención clorurada y, por lo tanto, en caso de equilibrio clorurado no habrá necesidad de someterle á un régimen declorurado. La alimentación vegetariana puede en este caso ser sazónada con sal, siendo conveniente advertir que la decloruración resulta á veces perjudicial, pues Pasteur Vallery-Radot ha visto algunos sujetos en los que la azotemia ha disminuído después de la adición de sal al régimen. La azotemia baja entonces, porque el cloruro de sodio, aumentando la retención hídrica, diluye el azoe del plasma, pareciendo también que el cloruro favorece la eliminación azoada. En consecuencia no se someterá á los enfermos azotémicos á un régimen declorurado si no milita en su favor alguna razón perentoria.

¿Poseemos medicamentos antiazotémicos? Pic, de Lyon, ha ponderado la acción diurética de la escila, cuyo medicamento se formulará en polvo á la dosis de 0,20 á 0,80 tomada en sellos de 0,20. Pic llega hasta los 80 centigramos, pero conviene mejor quedarse más corto, resultando más práctica la dosis de 0,40. En efecto, la escila es un irritante para el riñón y algunos bríhticos la soportan mal. Congestiona el tejido renal.

Según Pic, la eficacia de este medicamento sería notable y se traduciría por curvas importantes de diuresis; pero, según el autor, el problema hay que enfocarlo en orden al examen de la sangre y bajo este aspecto á él no le ha producido resultados en la mayoría de los casos, ni tampoco á Vallery-Radot que considera á la escila como un medicamento de acción pasajera, que falta con frecuencia y que

sólo en algunos casos es capaz de producir un ligero rebajamiento de la urea sanguínea. Este diurético tan preconizado es en definitiva de una actividad muy reducida.

En el azotémico llega un momento en que aparecen síntomas graves, sufrimientos de la fase terminal, en particular la uremia digestiva. El enfermo, inapetente, no toma apenas más que agua, la boca, seca, y con frecuencia ulcerada, emite un olor amoniacal: lo mejor es hacer embrocaciones de la mucosa con un colutorio de ácido salicílico. Contra los vómitos se recurrirá al lavado del estómago. Hayem preconiza los lavados con ácido salicílico al milésimo; el hielo y las bebidas gaseosas tienen una acción escasa. También se ven aparecer diarreas incoercibles que un viejo principio aconseja respetar. Es peligroso dar el opio; se prescribirá la limonada láctica compuesta de 10 gramos de ácido láctico por 200 de jarabe de azúcar para un volumen total de un litro de líquido acuoso.

Esto no es ciertamente una terapéutica muy brillante, dice el autor, pero en fin, hay necesidad de hacer algo que no sea perjudicial (*Le Concours Médical*, núm. 39, 30 de Septiembre de 1923.)—T. R. Y.

2. Contribución al estudio del tratamiento de la anquilostomiasis, por el Dr. Samuel S. Pessôa.—De todos los vermífugos usados actualmente en campañas de profilaxia, el aceite esencial de quenopodio es uno de los más empleados y de los más estudiados. Sin embargo, no es un cuerpo de fórmula química bien definida, estando formado por una mezcla de componentes; por esta razón su toxicidad así como su valor vermífugo, varían en las distintas muestras. El aceite de *chenopodium* está constituido por una mezcla de terpenos (20 á 30 por 100); pequeñas cantidades de ácidos grasos y de ácido salicílico; 0,50 por 100 de salicilato de metilo; cerca del 50 al 70 por 100 de un peróxido orgánico de fórmula $C_6H_{16}O_2$ denominado por Schimmel y Cía. «Arcaridol» y, finalmente, por pequeñas porciones de un isómero del arcaridol, ó arcaridol glicol anhídrido y su correspondiente hidratado. Las experiencias del autor han demostrado, que tanto las propiedades vermífugas, como las tóxicas, residen solamente en el arcaridol. En 1921, con las publicaciones de M. Hall, acerca del tetracloruro de carbono como un nuevo vermífugo de toxicidad casi nula y de gran eficacia, avanzó considerablemente la terapéutica de la anquilostomiasis. Pessôa resolvió asociar estos dos cuerpos; la acción tóxica del aceite de chenopodio se manifiesta, principalmente, sobre el sistema nervioso, y la del tetracloruro de carbono sobre el hígado. La dosis terapéutica del arcaridol es de 1 c. c. y la del tetracloruro de carbono de 3 c. c. De sus experiencias resulta, que la asociación de tetracloruro de carbono y de arcaridol en pequeñas dosis presenta una acción vermífuga muy eficaz. De las mezclas usadas, la mejor parece ser 1 c. c. de tetracloruro con 0,75 c. c. de arcaridol, expulsándose con ella más del 95 por 100 de las uncinarias con un solo tratamiento. Este debe administrarse á los enfermos en ayunas, en una sola dosis, en cápsulas gelatinosas solidificadas. Media hora después de la ingestión de las cápsulas se administra un purgante salino de sulfato de magnesias. Las molestias producidas son pequeñas. Todas las dolencias del hígado que contraindican el uso del tetracloruro de carbono, contraindican el uso de este tratamiento. (*Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, núm. 10, Octubre de 1923.)—E. LUENGO.

3. Nueva discusión de los germicidas y presentación de un nuevo germicida meroxyl, por Hugh H. Young, Edwin C. White, Justus H. Hill y David M. Davis.—Dos de los autores presentaron en 1919 un nuevo germicida, el mercuriocromo. Después han intentado substituirle por otro

que conservando las propiedades terapéuticas de aquel, careciera de color; perseguían un compuesto mercurial que fuera de elevado poder germicida, de toxicidad lo suficientemente baja para poderse utilizar en las cavidades del organismo, de la menor irritabilidad posible para los tejidos delicados y de un poder de penetración sin coloración. Han encontrado el meroxyl, que no responde á los fines deseados de un modo perfecto, puesto que algunas propiedades están intensificadas á expensas de otras. Su poder germicida es mayor que el del mercuriocromo y carece de propiedades colorantes. Pero su toxicidad es mayor y mayor también su irritabilidad sobre los tejidos, siendo por otra parte muy pequeño su poder de penetración. La experiencia de los autores indica que el meroxyl debe considerarse como un complemento del mercuriocromo, pero no como un substituto suyo. El meroxyl es la sal sódica del ácido 2-4-dihidroximercuri-3,5-dihidroxibenzo fenone-2'-sulfónico. Se ha utilizado para lavados de la pelvis renal infectada, en solución al 1 por 1.000; de tres casos, sólo uno mostró alguna mejora. En el tratamiento de la blenorragia aguda, por medio de inyecciones uretrales (cinco al día), conservándolas en la uretra durante cinco minutos, se ha empleado también en solución al $\frac{1}{2}$ por 100, con excelentes resultados; los autores dicen que el meroxyl es el germicida más poderoso para el gonococo, como desinfectante de sondas, catéteres y tubos de drenaje, sirve igualmente esta droga, si bien son difíciles de confeccionar estadísticas de esta naturaleza. En las heridas lo han aplicado en forma de cura húmeda y en irrigación, con resultados satisfactorios. En los casos de cistitis intersticial crónica, en cambio, no da resultado; en la cistitis crónica ordinaria los resultados no son uniformes. En la cistitis post-operatoria produce muy buenos resultados, aunque á veces es necesario prolongar el tratamiento. También se ha ensayado el meroxyl en la rinitis y faringitis aguda, en la otitis media y en el empiema crónico del maxilar, con resultados prometedores. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Abril, 1923.)—E. LUENGO.

4. Un nuevo tratamiento abortivo de la blenorragia, por Scholtz y Richter.—Estos autores han empleado las inyecciones intravenosas de glucosa como adyuvante del tratamiento local, habiendo observado que algunas horas después de una inyección de 20 gramos (40 c. c. de una solución al 50 por 100), la pululación de gonococos se acrece muy rápidamente, de suerte que tres ó cuatro horas después de la inyección, las preparaciones aparecen plagadas de gonococos. Según los autores, los gonococos así estimulados son mucho más accesibles á las soluciones bactericidas de los lavados y por ende más fácilmente destruidos.

Sea el que quiera su modo de acción, el hecho importante es que los lavados uretrales son mucho más activos después de la inyección de glucosa que antes de esta acción adyuvante.

Seguidamente á las inyecciones intravenosas de azúcar se produce algunas veces un ligero movimiento febril, por lo que los autores recomiendan el reposo durante una á dos horas después de la inyección. Las trombosis venosas han sido raras no obstante la concentración de la solución y en todos los casos han sido benignas. En resumen, los autores recomiendan la asociación de las inyecciones intravenosas de glucosa y de las inyecciones uretrales de protargol en el tratamiento abortivo de la blenorragia. (*De Kl. Woch: Paris Medical*, núm. 43, 27 de Octubre de 1923.)—T. R. Y.

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 Carlán.—Urgencia de una nueva organización sanitaria, por el Dr. Martín Salazar.—Estaba previsto, por Manuel Martínez Saldaña.—Sección oficial: Presidencia del Directorio militar.—Estado.—Marina.—Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Problemas importantes.—Proposición discreta.

Corre por la prensa sin rectificación, y, por lo tanto, como muy verosímil, la noticia de que el actual Gobierno tiene en estudio y gestación un proyecto reorganizando la administración local, esto es, la municipal, provincial y posiblemente regional de nuestro país.

Es natural que así sea; después de la medida por la cual se suspendieron los Ayuntamientos en toda la Monarquía, sustituyéndoles interinamente por las respectivas Juntas municipales y después de nombrarse los delegados militares administrativos que habían de inspeccionar los respectivos servicios, era lógico, dada la condición transitoria que necesariamente habían de tener estos acuerdos, que se acudiera á uno definitivo y estable dentro del cual aspiren á desenvolverse y funcionar las capacidades administrativas locales.

El conjunto de este problema, siquiera nos interese como á españoles, no es de nuestra particular incumbencia para ser tratado largamente y menos en las presentes circunstancias; pero nadie podrá negarnos que como médicos y periodistas científicos tenemos el deber de ocuparnos en los puntos que con nuestra profesión y nuestra ciencia tienen relación inmediata y extensiva influencia á la vida fundamental del país. No hay para qué tratar hoy del aspecto sanitario ó científico de la cuestión; es éste en sus puntos fundamentales, cosa conocida, aunque no siempre penetrada ni atendida, y no tenemos por qué creer que en los futuros y nuevos proyectos del Gobierno, vaya á ser objeto de desatención ó de desconocimiento. Esperemos, pues, á que las organizaciones técnicas que puedan crearse nos sean conocidas para emitir nuestro juicio leal y desinteresado, como siempre lo hemos hecho.

En cuanto al aspecto, ó por lo menos, á uno de los aspectos profesionales, que pueden verse comprometidos en los proyectos futuros de organización administrativa local, creemos que no es conveniente guardar las mismas expectativas y reservas. Deber es, para con el Gobierno y para con las

clases sanitarias, el de anticiparnos á señalar, por si inadvertidos pasaran, los defectos, las desatenciones y las verdaderas injusticias á que se han visto, no diremos que sistemáticamente, pero sí tradicionalmente sometidas.

Los médicos rurales, especialmente, merecen fijar la atención desde el punto de vista de la conveniencia y de la equidad de las autoridades y Centros gubernativos que se ocupen en la futura reforma. Estimados como *contratistas* de un servicio dentro de la vigente ley Municipal, vinieron siendo estos funcionarios objeto y piedra de toque de todos los inconvenientes y abusos del caciquismo de campanario. Su independencia era absolutamente nula dado que pendía de la movilidad, del capricho y de la arbitrariedad en el retraso ó en la negación del pago de sus emolumentos. Cada médico municipal podía dejar de serlo, con sólo no renovar el contrato al finalizar su vigencia ó con hacerle imposible la vida en la localidad cuando se deseaba sustituirle por un nuevo Ayuntamiento ó un cacique.

A remediar esta primera injusticia se acudió por la disposición sintética de Sanidad de 1904, dándole el carácter de inspector municipal, que al colocarle ya por esta nueva obligación, bajo la dependencia del Gobierno central, podía encontrar amparo para su inamovilidad, sobre todo condicionando el ingreso en el Cuerpo que se creaba por la formación de un escalafón sanitario.

No hay para qué ni es hora de culpar á nadie; ni es este el momento de los reproches, ni somos partidarios de discusiones inútiles, particularmente cuando las cosas son claras y palmarias; pero es lo cierto que las intencionadas confusiones entre el *Cuerpo* recién creado y la *Asociación* que también nacía, pero obedeciendo á más particulares influencias, vino á quitar eficacia é influjo á la Junta de Patronato que con tanta ilusión se creó y que llegó por estos caminos á ser instrumento de fines mucho más particularistas y en la definición cuyo carácter no queremos entrar. De toda suerte la inamovilidad quedó creada por la Instrucción general.

Restaba por obtener la seguridad del pago: ¿para qué hablar de lo que en pro de ésta, sincera y efi-

cazmente por unos y haciéndola bandera de sus especiales fines por otros, se ha trabajado y combatido? El pleito, aunque muy mejorado, queda en pie.

Pero á lo que no se ha llegado es á la consecución equitativa de la independencia y consideración que los funcionarios municipales sanitarios, que nunca podrán tenerla por otro camino que por el de la dependencia inmediata del Estado, cuando menos, mientras sean ejemplo de haberla conseguido todos los funcionarios locales, aun aquéllos más íntimamente ligados con los Concejos, como los secretarios de Ayuntamiento. ¡Sólo los médicos no constituyen hoy un instrumento unido, armónico y disponible para los fines que su profesión hace esperar de ellos! Ignoramos si las futuras leyes les harán salir de este estado de diseminación molecular en que se encuentran; esperamos que sí, á poco que se fije mientes en todo lo que puede representar (aparte las consideraciones de equidad respecto á otras clases), como instrumento y rueda eficaz para la defensa de la vida nacional física, el organismo que su conveniente disposición significaría. Recuérdesse lo que la experiencia ha demostrado en los frecuentes y tristes casos de las epidemias y lo que tiene de ilógico en el pensamiento y de pernicioso en la experiencia el que, llegados momentos de conflictos generales, haya que apelar con angustia á elementos diseminados dependientes de corporaciones aisladas.

Mucho podríamos decir, y algo nos proponemos ampliar insistiendo en estas consideraciones; pero lo que no podemos explicarnos es cómo, según afirma algún colega, nadie ó, al menos, ninguna representación de las que se llaman oficiales se haya acercado á exponer las aspiraciones justas de las clases sanitarias cerca de los Centros administrativos en que las anunciadas reformas parece que tienen su gestación.

No se puede confiar únicamente en los organismos gubernativos, cualesquiera que sean su buena intención en el acierto y su conocimiento de las cuestiones; pueden en ello influir muchas razones circunstanciales, fáciles de señalar, pero que no atendidas, á la larga producirán resultados que nadie se proponía. No decimos más por hoy, sino que creemos que este es asunto más importante que el de andar desviviéndose por procurar reunir fondos para adquisición de tal ó cual periódico, qué al ponerse á la venta, es claro que no representa un negocio muy próspero para lo futuro.

Y ya que de periódicos hablamos, diremos que hemos visto con sumo gusto el cómo *Clinica y Laboratorio*, de Zaragoza, recibe la noticia de hallarse

en formación, ó mejor dicho, en reconstitución, la antigua Sociedad de la Prensa Médica Española. Nuestros hacemos todos los benévolos augurios del ilustrado colega, y con él compartimos las esperanzas en la eficacia de la rediviva Asociación si con desinterés y elevados fines recoge y armoniza los no por dispersos menos valiosos elementos de la Prensa médica española; pero en lo que disintimos del colega es en la iniciativa que cortés y generosamente nos ofrece.

Hace tiempo que viene DECIO CARLAN predicando la conveniencia de la renovación de los agentes que puedan impulsar cierto género de influencias ó iniciativas; aunque haya *viejos* que no se declaren ni vencidos ni cansados, si se confiesan convencidos de la oportunidad en apelar á elementos renovadores y *frescos*, que den confianza de vitalidad á los que miran ya con hastío á monotonía de lo pasado.

Reduciéndonos al caso actual: si la iniciativa no está ya tomada por otro colega (*Medicina Ibero*) que parece no atenderla con grande actividad, tómela el mismo periódico zaragozano y convoque á la Asamblea que él propone para la fecha que juzgue oportuna, y si en ello, para los trabajos materiales de organización y convocatorias, puede serle útil nuestro periódico, le tiene á su disposición con su personal y oficinas; pero respecto á presidencias, Comités organizadores y honores de representación ó directivos, no cuente con nosotros. Más se colabora y con mayor independencia y eficacia desde los bancos de los representantes, que desde las sillas de las mesas presidenciales.

En resumen: nuestro aplauso al pensamiento de la Asamblea, nuestro deseo de que inmediatamente se realice y nuestra promesa de colaboración fervorosa.

DECIO CARLAN

Urgencia de una nueva organización sanitaria.

En estos momentos, en que el Directorio y la nueva política militar tratan de colocar á España en el camino de una más perfecta organización social, no estará demás fijar la atención de los directores de esa política y de las gentes en general, en que la reforma fundamental de un país debe arrancar del perfeccionamiento orgánico y espiritual de sus habitantes; y que todo lo que sea entretenerse en otros menesteres políticos y sociales antes que en ese, equivale á comenzar la reconstrucción del edificio nacional por el techo, en vez de por los cimientos. El gran defecto de nuestro estado actual de civilización consiste en el decaimiento orgánico de la raza y en una inferior cultura; es decir, en una deficiencia de la sanidad pública y de la enseñanza ó educación nacional. Por esa razón, los proble-

mas que más debieran preocupar al Directorio y ser objeto preferente de su diligencia, debían ser los del mejoramiento de la salud pública y los de la enseñanza ó educación social. En tal sentido todavía podríamos ir más allá, asegurando, que en orden puramente cronológico está por delante de la cultura misma, la reforma de la sanidad pública; porque un pueblo que padece como el nuestro una tan grande morbosidad y mortalidad, es un pueblo que tiene limitada su capacidad para instruirse y evolucionar. Ese alto grado de morbosidad trae además consigo una disminución del nivel orgánico de la raza que poco á poco se debilita y desmejora; y hay que tener en cuenta, que la reposición de estos deterioros étnicos, necesitan á las veces, siglos y siglos de selección para repararse. Tales cosas, que pasan inadvertidas para los políticos de profesión, civiles y militares, son las que engendran la decadencia de los individuos y las extirpes, y las que deciden, en último término, de la historia y del porvenir de los pueblos.

Sería pues indispensable, antes que nada, emprender la reforma de la legislación sanitaria de España, si hemos de aspirar á disminuir la cifra de nuestra morbosidad y mortalidad actuales, y á echar las bases de una positiva regeneración nacional. Con decir que la ley de Sanidad vigente es de 1855, basta para convencer, hasta á los menos enterados de estas cosas, de que esto no debe, ni un momento más, continuar así. Es cierto que la Instrucción general de Sanidad de 1904 representó un progreso positivo; pero no es menos cierto que, sobre no tener el carácter de ley, ha pasado hace mucho tiempo de sazón, y ella misma exigiría una reforma radicalísima.

No hay que olvidar que el gran avance de la ciencia sanitaria ha tenido lugar en estos últimos años, y que la aplicación de ese progreso á las leyes es de reciente necesidad. Yo recuerdo siempre á este propósito que nuestra mortalidad actual es de 21 á 22 por 1.000; la misma cifra que tenía Inglaterra en 1850, ó sea á mediados del pasado siglo, y que mientras Inglaterra había ya en 1915 disminuido aquella mortalidad suya al 13 por 1.000, que es mucho más de la tercera parte, nosotros seguimos con la misma exagerada mortalidad, que es una de las mayores de Europa. Se nos mueren cerca de medio millón de habitantes todos los años; es decir, que en los primeros veinte años de este siglo hemos perdido la mitad del total censo de población. Perecen anualmente 50.000 tuberculosos; y para colmo de nuestras desdichas, perdemos en el mismo tiempo más de 200.000 niños antes de la edad de cinco años, cuando en la defensa y protección de la infancia está el aumento de la población y el porvenir de la raza. No puede darse mayor prueba que la que se desprende de estas cifras, para demostrar que en las presentes condiciones sanitarias de España es ésta incapaz de verdadero progreso y civilización; como tampoco será capaz de redención económica, que es la base de la civilización misma. En efecto; no hay que olvidar que la salud y la vida del hombre tienen un valor económico positivo; puesto que una vez desapa-

recidas disminuyen ó anulan la capacidad para el trabajo, que es el origen verdadero de toda riqueza y producción. El hombre que enferma, no sólo deja de trabajar y producir, sino que gasta y consume una parte de su peculio particular ó del capital colectivo perteneciente á los demás, y, por tanto, se constituye en un motivo de empobrecimiento y ruina para la nación.

Convencido de estas verdades, yo hice á su tiempo cuanto pude por remediar este mal, contribuyendo á llevar al Parlamento en distintas épocas tres proyectos de ley, que si no tuvieron éxito, fué por falta de ambiente ideológico del país, y escaso empeño de los Gobiernos y las Cámaras. Ultimamente se presentó otro proyecto de ley más progresivo á las postreras Cortes, que estaba sometido, cuando fueron disueltas, á la deliberación de un grupo parlamentario numeroso de senadores que, bajo la presidencia del ex ministro señor Francos Rodríguez, se había propuesto sacarlo adelante á todo trance.

La disolución de las Cámaras detuvo tal intento, y únicamente quedaba la esperanza de que este Gobierno, que puede legislar sin Parlamento, haciéndose cargo de la importancia del proyecto referido, decidiese llevarlo á la *Gaceta*, con las modificaciones que hubiera creído conveniente introducir la Comisión últimamente nombrada por el Sr. Martínez Anido para estudiarlo y perfeccionarlo.

Con la promulgación y planteamiento de esta ley estoy absolutamente seguro que nos redimiríamos del atraso sanitario lamentable en que nos encontramos, y daríamos una gran prueba de no olvidar, como de costumbre, que la sanidad y la cultura son las bases de la verdadera regeneración de España. Todo lo demás se nos dará por añadidura.

DR. MARTIN SALAZAR

De *El Imparcial*.

REMITIDO ESTABA PREVISTO

Preparándome estaba á contestar al estimable compañero Sr. Trujillano Izquierdo, cuando echo mano á *La Voz Médica*, que aún no había leído, y en ella me encuentro el contundente artículo de su director, al que consideraba adherido al Sr. Almarza con el mismo ó mayor fervor que un sobrino puede estarlo al tío indiano á quien aspira heredar.

Por lo visto ha llegado el momento de que caiga la venda de sus ojos, y sentirse molesto por la ingratitud de que fatalmente es víctima, á la corta ó á la larga, todo el que tiene el mal gusto de prestar un servicio ó ponerse al habla con el malaventurado propietario, ó lo que sea, del *Boletín de la Asociación de Titulares*; y publica un artículo, por feliz coincidencia bautizado con el mismo epígrafe que á mí me sirvió para decir también al Sr. Almarza, en *Unión Médica* del 17 de

Junio, unas cuantas verdades en que creyó hallar motivo para querellarse contra mí en los Tribunales, dándome, por cierto, mucho que reír el desconocimiento que de la Ley revela, y la absoluta certidumbre de su impotencia.

Pero lean, lean lo que entresaco del artículo á que aludo, cuyas desproporcionadas dimensiones hacen imposible la transcripción literal:

«En legítima defensa, sin la menor provocación por mi parte, he tenido el disgusto de verme agredido por el *Boletín de la Asociación de Médicos Titulares*.

¿En qué ha faltado *La Voz Médica* á la verdad? Según el Sr. Almarza, nuestro recuento de concurrentes á la Asamblea es inexacto. No lo dimos por seguro. Lo que afirmamos fué que había estado más concurrida que las anteriores y es lástima que se haya despertado tardíamente el amor del Sr. Almarza á la verdad, porque en su mano estuvo, y nos lo negó, el modo de documentarnos con exactitud.

Lo que pasa sencillamente es que el Sr. Almarza está acostumbrado á ponerle un coeficiente elevado á todas las Asambleas, y le molesta que *La Voz Médica* ajuste cuentas. En este caso exacerba su molestia el interés que tiene en demostrar que el acuerdo de compra del *Boletín* ha sido tomado por los 9.500 titulares. Como los 9.500 no podían concurrir, el Sr. Almarza debió prevenir en la convocatoria que se trataría este tema. Cuando no lo hizo es porque desconfiaba del voto de sus compañeros y los ausentes no han podido quedar comprometidos en un voto que no autorizaron.

Al *Boletín* le ha irritado que yo elogiase el espíritu de la Asamblea en estos términos: «En un espasmo de gratitud se sentía con fuerzas bastantes para levantar los dos (*Patronato* y *Boletín*) y aceptó la triplicación de la cuota como un sacrificio indispensable para salvar el *Boletín*».

El *Boletín* se esfuerza en demostrarnos que la clase no hace ninguna generosidad desembolsando los 18.000 duros; el generoso es el que se los embolsa, porque el *Boletín* produce mucho dinero, aunque no le luzca. Sin duda se puso la peor ropa para implorar suscripciones. A la Junta no la creíamos sobrada de dinero para meterse en compras de periódicos; pero lo está según el Sr. Almarza, y nos felicitamos de ello. Diez años sin dar cuentas y quejándose el secretario de que no cobra, nos hablan hecho formar una opinión equivocada, que nos alegramos tener que rectificar.

Ahora bien; puesto que preveía el Sr. Almarza las murmuraciones, ¿por qué no se anticipó á callarlas por el único procedimiento racional y seguro que tenía? ¿Por qué no ha publicado el balance de cuentas corrientes en el último decenio? ¿Qué mejor demostración da que el 23 de Noviembre, fecha en que se tomó el acuerdo, tenía el Patronato más dinero que nunca? Razones muy elementales de delicadeza hacían obligatoria la presentación á la Asamblea de los balances de las entidades que se fusionan: Patronato y *Boletín*; porque LA MISMA PERSONA HA INTERVENIDO EN LA COMPRA Y EN LA VENTA, y se beneficia de ella á costa de un tercero,

Porque ya que el Sr. Almarza es tan amante de la verdad, no debe consentir que el *Boletín* siga llamándose de la Asociación cuando va á ser del Patronato, y si éste necesita cambiarle el título, para que se vea que es suyo y prender los suscriptores con la retención de haberes, ¿quiere decirnos qué es lo que vende el señor Almarza?

El texto del *Boletín* está acreditado de serio. Durante seis ú ocho años nos estuvo contando un cuento tártaro: el de la socialización de la Medicina en el cantón de Zurich. Y esa, que no ha existido más que en la mente del Sr. Almarza, ha sido la única novedad del *Boletín* en el último decenio, ¡Si estará bien informado!

Del crédito que merece el Sr. Almarza como polemista hay un testimonio irrecusable: su procesamiento y condena por injuria y calumnia.

Pero más agradecido debiera estar el Sr. Almarza por nuestra discreción. ¿Acaso no hemos guardado silencio sobre la inconsecuencia del Sr. Almarza, enemigo jurado de la colegiación obligatoria, que quiere declarar obligatorio su titulado periódico? ¿No teme que sus predicaciones de resistencia al pago, se vuelvan contra él?

El Sr. Almarza tenía el propósito de levantar de la titular al que no estuviera al corriente de sus cuotas. Ha debido pensarlo mejor, porque el primero que se va á quedar sin titular va a ser él, que no ha pagado ni una cuota siquiera.

«El director de *La Voz Médica* no es médico. Luego es un intruso en el periodismo médico». Esto dice el señor Almarza como argumento supremo.

Yo soy el director de *La Voz Médica*, y mi intrusismo, lo confieso, data de antiguo, y el Sr. Almarza fué mi iniciador y ha sido mi encubridor durante los doce años que escribí en el *Boletín* centenares de artículos en defensa de la clase médica, cuya paternidad se adjudicaba él como director del periódico.

Si el Sr. Almarza quiere perseguir el intrusismo, dentro de su casa tiene un intruso, que no es médico ni es periodista; es decir, que es un intruso por partida doble, pero en compensación es fecundo como una coneja. ¡Ese es el enemigo del *Boletín*, el culpable de las bajas. Es tan aburrido leer siempre lo mismo, con el mismo estilo, es decir, sin estilo, y con tres ó cuatro firmas distintas...!

El *Boletín* anuncia que en adelante hará responsable de todo lo que se publique en *La Voz Médica* á su propietario, aun constándole que no es el inspirador. En una palabra: que piensa reformar la ley de imprenta. Si tal influencia tuviera no le habría caído encima esta ley, con todo su rigor, en cierta ocasión.

A mí me pondría en un compromiso el tener que hacer responsable al propietario del *Boletín* de lo que escriba su director. Porque, ¿quién es el propietario?, ¿el Patronato, la Asociación, el Sr. Almarza? Andese con tiento el Sr. Almarza al querer buscar propietarios para coaccionar á los periodistas que cumplen su misión honradamente, porque tal pueden ponerse las cosas, que para buscar á ciertos propietarios de cierto *Boletín* tengamos que acudir á los Tribunales de justicia.»

Bien se desprende de los reparos con que el señor Trujillano me honra y obliga, que desconoce mi constante batallar en pro de la clase y en contra del caciquismo durante treinta y cinco años que fui titular en la provincia de Toledo; y estoy bien seguro se considerará plenamente contestado y satisfecho con las terminantes aseveraciones del Sr. Casas, testigo de mayor excepción que hoy refrenda y pone el vistobueno á lo por mí expuesto y manifestado.

Por lo demás, el Sr. Casas, que tuvo la paciencia de convivir unos cuantos años con la Junta y el *Boletín*, es indudablemente el más capacitado y documentado para tratar las cosas que á estos organismos afectan; y sería una lástima dejara su labor á medias, no poniendo completamente al descubierto sus deficiencias ó extralimitaciones.

Créame el amigo Casas: lo que más ó menos tarde se ha de asar, conviene de una vez freírlo. De ninguna manera se lo han de agradecer, ni ha de sacar nada en limpio con esperar...

Lo sucedido no me llama la atención; de antemano lo tenía anunciado y previsto.

MANUEL MARTÍNEZ SALDISE

Sección oficial.

PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO MILITAR

Excmo. Sr.: Siendo misión esencial del Poder público velar por el sentimiento y orientación de la enseñanza en todas sus manifestaciones, en cuanto respecta á que esté inspirada siempre en el más acendrado patriotismo, teniendo en cuenta el estado especial de perturbación que pueda existir en determinadas Universidades,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer, como medida excepcional, que la vacante de decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona sea provista con el nombramiento del catedrático de la misma D. Pablo Ferrer Piera, propuesto por el rector de aquella Universidad.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 5 de Enero de 1924.—*Primo de Rivera*.—Señor subsecretario encargado del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. (*Gaceta* del 6 de Enero de 1924.)

ESTADO

SECCIÓN COLONIAL

De Real orden comunicada, y de conformidad con la propuesta de esa Sección, en lo sucesivo las plazas de médicos directores de Hospital y médicos de visita en las posesiones españolas del Golfo de Guinea, se cubrirán por ascenso y en orden de antigüedad entre los médicos segundos destinados en las Estaciones Sanitarias de los mismos territorios, sacándose á concurso las vacantes que ocurran en las plazas de esta segunda categoría.

Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 29 de Diciembre de 1923.—El subsecretario, *F. Espinosa de los Monteros*.—Señor jefe de la Sección colonial de este Ministerio. (*Gaceta* del 7 de Enero de 1924.)

Terminado el concurso convocado en la *Gaceta de Madrid* del día 2 de Septiembre próximo pasado, para la provisión de las plazas vacantes de médicos de los Hospitales y Estaciones Sanitarias de los territorios españoles del Golfo de Guinea, han sido adjudicadas éstas á los señores que á continuación se expresan y por el orden siguiente:

- 1.º D. José María Suárez, para la plaza de médico de visita del Hospital Reina Cristina.
 - 2.º D. Joaquín Bardají Buitrago, médico director del Hospital de San Carlos.
 - 3.º D. José J. Mir Puig.
 - 4.º D. Benito Fariña Guitián; y
 - 5.º D. José David Montes, para las Estaciones Sanitarias.
- Madrid, 27 de Diciembre de 1923.—El subsecretario, *F. Espinosa de los Monteros*. (*Gaceta* del 7 de Enero de 1924.)

Hallándose vacante en los territorios españoles del Golfo de Guinea una plaza de farmacéutico en funciones de administrador y depositario del Hospital de San Carlos, dotada con el haber anual de 3.000 pesetas de sueldo y 6.000 de sobresueldo, y dispuesto por Real orden de 7 del corriente que se cubra mediante concurso, se anuncia la referida vacante para los que se juzquen con aptitud suficiente para desempeñarla, quienes podrán presentar sus solicitudes en el Registro general de este Ministerio, de diez á catorce horas, por término de quince días hábiles, á contar de la publicación del presente anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Los concursantes deberán acompañar á sus respectivas instancias los documentos siguientes:

- 1.º Título de licenciado ó doctor en Farmacia ó testimonio notarial del mismo.
- 2.º Certificaciones de haber permanecido al frente de una Farmacia por tiempo de tres años y de los servicios profesionales prestados.
- 3.º Certificación de antecedentes penales.
- 4.º Cédula personal corriente; y
- 5.º Cualquiera otra clase de documentos que acrediten méritos ó aptitud especial en el ejercicio de la profesión.

Madrid, 29 de Diciembre de 1923.—El subsecretario, *F. Espinosa de los Monteros*. (*Gaceta* del 7 de Enero de 1924.)

MARINA

REAL ORDEN

Excmo. Sr.: S. M. e Rey (q. D. g.), de conformidad con lo informado por la Jefatura de Servicios Sanitarios de este Ministerio, ha tenido á bien disponer que los aspirantes á ingreso en el Cuerpo de Vigías de Semáforos han de reunir las condiciones físicas siguientes:

1.ª No presentar en el acto del reconocimiento médico enfermedad ni defecto alguno de los comprendidos como caso de inutilidad para el servicio del personal de la marinería de la Armada en sus cuadros de exenciones físicas vigentes.

2.ª Visión binocular normal, sin previa corrección, tolerándose únicamente en un ojo la pérdida de un tercio de agudeza visual.

3.ª Integridad absoluta del sentido cromático.

4.ª Agudeza auditiva normal comprobada, tanto para la voz cuchicheada como para la emitida en tono corriente.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 22 de Diciembre de 1923.—El almirante encargado del despacho, *Gabriel Antón*.—Señor director general de Navegación y Pesca Marítima. Señor general jefe de los Servicios Sanitarios de la Armada. Señores ... (*Gaceta* del 2 de Enero.)

GOBERNACIÓN

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

60. Las disenterías.—Disentería bacilar.—Estudio de los gérmenes productores de esta enfermedad.—Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial, clínico y bacteriológico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.—Otras disenterías.
61. Coqueluche.—Etiología.—Estudio de su agente causal.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico y bacteriológico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.
62. Carbunco.—Estudio de su agente causal.—Formas clínicas.—Diagnóstico clínico y bacteriológico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.
63. Muermo.—Estudio de su agente causal.—Sintomatología.—Tratamiento.—Diagnóstico.—Epidemiología.—Profilaxis.
64. Tuberculosis.—Estudio de los bacilos tuberculosos.—Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis humana.—Reacciones biológicas.
65. Tuberculosis humana.—Estudio de sus diversas formas clínicas.—Diagnóstico clínico.—Tratamiento.
66. Tuberculosis.—Epidemiología y profilaxis.—Lucha social.—Dispensarios.—Sanatorios.
67. Lepra.—Estudio de su agente causal.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Formas clínicas.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.
68. Tifus exantemático.—Etiología.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Pronóstico.—Diagnóstico diferencial.—Tratamiento.
69. Tifus exantemático.—Epidemiología y profilaxis.—Procedimientos de desinsectación.
70. Las conjuntivitis contagiosas.—Clasificación y estudio clínico.—Tracoma.—Etiología.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.
71. Beri-beri y escorbuto.—Etiología.—Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Profilaxis.—Distribución geográfica.
72. Tétanos.—Etiología.—Estudio del agente causal.—Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial, clínico y microbiológico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.
73. Rabia.—Etiología.—Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.
74. Sífilis.—Etiología.—Sintomatología.—Complicaciones.—Anatomía patológica.—Diagnóstico clínico.—Tratamiento.—Sífilis y Pian.
75. Sífilis.—Estudio de su agente causal.—Investigación del spirocheta.—Reacciones diagnósticas de la sífilis: su técnica y juicio clínico.
76. Profilaxis de las enfermedades venéreo-sifilíticas.—Organización social de la lucha antivenérea.
77. Fiebre recurrente.—Estudio de su agente causal.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial, clínico y microbiológico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.
78. Spirochetosis ictero-hemorrágica.—Estudio de su agente causal.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.
79. Fiebre biliosa hemoglobinúrica.—Distribución geográfica.—Etiología.—Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.
80. Encefalitis letárgica.—Trabajos en la investigación

(1) Véase el número anterior.

de su agente causal.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

81. Leishmaniosis.—Distribución geográfica.—Clasificación.—Estudio parasitológico.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.—El kala-azar infantil en España.

82. Poliomiелitis epidémica.—Estudios etiológicos.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

83. Tripanosomiasis humanas.—Clasificación.—Distribución geográfica.—Estudio parasitológico.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

84. Paludismo.—Estudio de los parásitos causales.—Biología de los parásitos dentro y fuera del organismo humano.—Diagnóstico micrográfico del paludismo en sus diversas formas.

85. Estudio clínico de las diversas formas del paludismo.—Diagnóstico clínico.—Complicaciones.—Tratamiento.

86. Epidemiología y profilaxis del paludismo.

87. Sarna.—Estudio parasitológico.—Sintomatología.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.

88. Tiñas.—Estudio de los agentes causales.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico y micrográfico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.

89. Filarias.—Su estudio.—Síntomas de las filariosis humanas.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.

90. Anquilostomiasis.—Estudio parasitológico y clínico.—La anquilostomiasis en España.—Epidemiología.—Profilaxis.

91. Triquinosis.—Estudio del parásito y su evolución.—Patogenia.—Sintomatología.—Tratamiento.—Profilaxis.—Investigación del parásito en los productos contaminados.

92. Actinomicosis.—Su estudio etiológico.—Especies receptivas.—Transmisibilidad al hombre.—Profilaxis.

93. Piroplasmosis, difterias y pastereiosis animales.—Estudio etiológico.—Transmisibilidad.—Profilaxis.—Fiebre aftosa.—Etiología.—Profilaxis.

94. Equinocosis y cisticercosis.—Sus clases.—Descripción y evolución de los parásitos.—Diagnósticos clínicos y bacteriológicos.—Profilaxis.

95. Estudio de las tenias, betriocéfalos y trematodes.—Enfermedades que ocasionan.—Profilaxis.

LEGISLACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS

1. Historia de la legislación sanitaria española.
2. Organización sanitaria actual en España.—Ministerio de la Gobernación.—Dirección general de Sanidad: Real decreto de 28 de Febrero de 1922.—Organización.—Funciones.
3. Inspección general de Sanidad exterior.—Funciones que le están encomendadas.—Organismos que de ella dependen.
4. Inspección general de Sanidad interior.—Funciones que le están encomendadas.—Organismos que de ella dependen.
5. Inspección general de Instituciones sanitarias.—Funciones que le están encomendadas.—Organismos que de ella dependen.
6. Organos consultivos de la Sanidad.—Real Consejo.—Juntas provinciales y municipales de Sanidad.—Real Academia de Medicina.
7. Función que á los gobernadores civiles encomienda el Reglamento de Sanidad exterior vigente, modificado

por Real decreto de 30 de Marzo de 1920.—Atribuciones sanitarias de los gobernadores y alcaldes en lo que afecta a Sanidad interior.

8. Directores de Estaciones sanitarias de puertos y fronteras.—Su jurisdicción, funciones y atribuciones.—Inspectores de Distritos sanitarios marítimos.—Inspectores de puertos habilitados.—Deberes y atribuciones del personal médico, administrativo y subalterno de las Estaciones sanitarias de puertos y fronteras.

9. Inspectores provinciales de Sanidad.—Su jurisdicción, funciones y atribuciones.—Subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria.—Inspectores municipales de Sanidad.—Subinspectores provinciales de Odontología.

10. Instituto de Higiene de Alfonso XIII.—Real decreto de 3 de Octubre de 1916.—Brigada sanitaria central.—Real orden de 18 de Noviembre de 1921.—Brigadas sanitarias provinciales.—Real orden de 28 de Julio de 1921.

11. Ley Orgánica de Sanidad de 28 de Noviembre de 1855.—Parte de ella que debe considerarse prácticamente como vigente.

12. Reglamento de Sanidad exterior de 3 de Marzo de 1917, reformado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920.—Objetos y principios generales de los servicios de Sanidad exterior.—Dirección y organización de la Sanidad exterior.

13. Reglamento.—Distritos sanitarios.—Lazaretos: Real orden de 7 de Agosto de 1915.—Estaciones sanitarias y puertos habilitados.—Funciones sanitarias de los cónsules, vicecónsules y agentes consulares españoles.

14. Reglamento.—Patentes.—Certificados consulares de Sanidad.—Visados.

15. Reglamento.—Disposiciones vigentes sobre higiene y salubridad de los barcos.—Policía sanitaria referente a los barcos durante su permanencia en puertos.

16. Reglamento.—Medidas sanitarias referentes a los barcos a la salida de los puertos.—Circular de 13 de Enero de 1919.—Medidas sanitarias durante la travesía.—Medidas sanitarias en las arribadas, escalas y comunicaciones.

17. Reglamento.—Medidas sanitarias en los puertos de llegada.—Clasificación de buques desde el punto de vista sanitario.

18. Reglamento.—Régimen sanitario de los barcos por enfermedades infecciosas.—Circular de 29 de Mayo de 1916.—Real orden de 27 de Marzo de 1918.—Real orden de 2 de Febrero de 1920.—Circular de 9 de Mayo de 1920.—Real orden de 25 de Mayo de 1920.

19.—Reglamento.—Régimen sanitario de los barcos por peste.—Real orden de 17 de Noviembre de 1921.—Real orden de 23 de Febrero de 1922.—Real orden de 31 de Julio de 1922.

20. Reglamento.—Régimen sanitario de barcos por cólera.

21. Reglamento.—Régimen sanitario de los barcos por fiebre amarilla.—Circular de 4 de Mayo de 1915.

22. Reglamento.—Disposiciones vigentes sobre vacunación antivariólica de tripulantes y pasajeros.—Real orden de 27 de Septiembre de 1921.

23. Reglamento.—Sanidad de fronteras.—Organización y funcionamiento de las estaciones sanitarias terrestres.—Servicios sanitarios permanentes de ferrocarriles.—Idem en casos de epidemia.

24. Reglamento.—Disposiciones vigentes sobre desinfección, importación y tránsito de mercancías y equipajes.—Derechos sanitarios en relación con los servicios de Sanidad exterior.

25. Reglamento.—Contratación de servicios, infracciones y penalidad.

26. Reglamento.—Disposiciones vigentes sobre reconocimiento y análisis de sustancias alimenticias en régimen de importación.—Circular de 11 de Enero de 1922.—Real orden del Ministerio de Hacienda de 18 de Septiembre de 1922.

27. Disposiciones vigentes sobre importación, circulación y exportación de trapos.—Real orden de 3 de Mayo de 1922.

28. Disposiciones sobre declaración de las enfermedades infecciosas.—Régimen a seguir en Sanidad exterior ó interior.—Disposiciones vigentes sobre aislamiento de enfermos y observación y vigilancia de sanos.—Real decreto de 10 de Enero de 1919.

29. Disposiciones sobre profilaxis antivenérea en España.—Bases aprobadas por Real orden de 13 de Marzo de 1918.—Real decreto de 25 de Febrero de 1919.—Circular de 22 de Abril de 1922.—Tratamiento de tripulantes afectados de enfermedades venéreas.—Real orden de 27 de Mayo de 1922.

30. Disposiciones vigentes sobre adulteración, falsificación y alteración de las sustancias alimenticias.—Real decreto de 22 de Diciembre de 1908.—Real orden de 5 de Marzo de 1920.—Real decreto de 17 de Septiembre de 1920.

31. Disposiciones vigentes sobre Policía mortuoria.

32. Ley de Epizootias de 18 de Diciembre de 1914.—Real decreto de 15 de Mayo de 1917.—Real decreto de 30 de Agosto de 1917.

33. Ley de Emigración y Reglamento para su ejecución.—Relaciones de Sanidad exterior con emigración.

34. Organización y funciones de los servicios médicos en la Marina de guerra española.—Idem en la Marina mercante.—Real orden de 20 de Mayo de 1920.

35. Convenios sanitarios internacionales anteriores al de París de 1903.

36. Convenios sanitarios internacionales de París de 1903 y 1912.

37. Oficina internacional sanitaria de París.—Comité y organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones.—Organización internacional de la Cruz Roja.

38. Consejos sanitarios internacionales de Egipto, Constantinopla, Tánger y Teherán.

39. Convenio sanitario entre España y Portugal, que empezó a regir en 1.º de Agosto de 1921.—Organización sanitaria de Portugal.

40. Nociones sobre la legislación sanitaria de los principales países de Europa.

41. Nociones sobre la legislación sanitaria de los principales países de América.

Madrid, 11 de Diciembre de 1923.—El director general, F. Murillo.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,3; ídem mínima, 695,8; temperatura máxima, 9º,1; ídem mínima, 0º,9; vientos dominantes, NE.

Algún aumento se ha experimentado durante la pasada semana en los afectos agudos localizados en el aparato respiratorio, que han afectado la forma de catarros bronquiales, pleuresías, congestiones pulmonares, y bronconeumonías. Los catarros gastrointestinales las congestiones epáticas y las enteritis catarrales han sufrido alguna exacerbación.

En los niños indigestiones gástricas, bronquitis y anginas tonsilares.

Crónicas.

Epidemia tífica.—Comunican de Barcelona que en el pueblo de San Julián se ha declarado una epidemia de fiebres tifoideas de bastante importancia.

Los casos son numerosos y agrava la situación del pueblo la circunstancia de haber sido atacados en los primeros momentos los médicos de la localidad.

Las autoridades sanitarias de Barcelona han dispuesto lo necesario para atajar el mal y la Mancomunidad ha enviado su brigada sanitaria y el material necesario.

Es de suponer que dadas las medidas tomadas, la epidemia será prontamente dominada.

Los niños y los enfermos y la caridad alavesa.—La Junta de Protección a la Infancia de Vitoria ha hecho un donativo de 6.000 pesetas a las cantinas escolares, para que se den desayunos a los niños pobres que asisten a las escuelas municipales.

El día de Reyes con la asistencia de las principales autoridades se hizo entrega en el edificio de las Escuelas de Artes y Oficios de los dulces y juguetes que se han recogido para los niños hijos de obreros.

Las damas de la Cruz Roja han visitado el Hospital Militar, y han repartido dulces, vinos y tabacos a los soldados enfermos.

Jubilación de suscriptores.—Siguiendo el acuerdo adoptado por la Dirección y Administración de EL SIGLO MEDICO, han quedado jubilados al finalizar el pasado año los Sres. D. Juan Jiménez Galán, D. Agustín Ibáñez y don Francisco Mas Magro, los cuales llevan de suscriptores cincuenta años, no interrumpidos. Hemos de repetir que se encuentran con todos los derechos los referidos señores que tienen los demás suscriptores en activo, para cuantos regalos y demás beneficios puedan prestarles nuestra Revista.

Real Academia Nacional de Medicina.—Esta corporación celebrará la solemne sesión inaugural del año académico de 1924, el domingo 13 del corriente, a las cuatro de la tarde, en su casa, calle de Arrieta, 10.

En ella dará cuenta de las tareas realizadas por la Academia en el año anterior el secretario perpetuo Dr. Pulido y Fernández, y leerá el discurso doctrinal reglamentario, acerca de «El Shock», el académico Dr. Isla y Bolómburu.

A continuación se entregarán los premios, distinciones y socorros correspondientes al año último, y se publicará el programa para los concursos de 1924 y 1925.

Designación honrosa.—El Consejo permanente de la Sociedad de Naciones, en su reunión última del día 13 de Diciembre, ha designado a nuestro compañero el catedrático de la Universidad Central Dr. D. Gustavo Pittaluga para formar parte, en representación de España, de la Comisión Internacional de Higiene pública.

De los periódicos oficiales.—El Boletín Oficial de Santander publicó en 24 de Diciembre último una disposición en virtud de la cual y a propuesta de la Junta provincial de Sanidad, el gobernador civil nombra subdelegado de Medicina de Castro Urdiales a D. Julio Zapatero.

Nombramiento acertado.—Como resultado del concurso convocado para proveer la plaza de oftalmólogo del Hospital de San José y Santa Adela, ha sido designado el competente especialista D. Francisco Payales.

Nuestra enhorabuena.

Colegio de Huérfanos del Príncipe de Asturias.—Los últimos donativos recibidos en esta administración con destino al Colegio han sido los de D. Enrique Fernández Sanz, 50 pesetas, D. Vidal Aza, 100 pesetas, D. Jesús Hernández Sampelayo, 50 pesetas y unos juguetes; D. Manuel Bernal Sala, 12 pesetas.

Las mariscos y el estado sanitario de Barcelona.—La Comisión de Sanidad del Ayuntamiento ha interesado a la Prensa la publicación de la siguiente nota:

«Los mariscos que se consumen crudos ó casi crudos, como las ostras y los mejillones, pueden ser causa, debido a su contaminación con gérmenes patógenos, de diversas enfermedades, sobre todo, de tífus intestinal. La contaminación de los mariscos depende de la del agua donde viven. Diferentes muestras captadas en el puerto, donde existen criaderos de mariscos, han demostrado la existencia de una gran contaminación, por lo que se llama la atención de los que se dedican a esta venta y al público para que no tome dichos mariscos y evitar una epidemia en Barcelona.»

De unos años a esta parte, el consumo de mariscos en las principales capitales españolas constituye un verdadero abuso.

Todos sabemos el peligro que representa el consumo de estos moluscos, pero en la epidemia que presiente Barcelona por su índole, no debe atribuirse solamente el origen a las ostras y percebes.

En Barcelona existen otras causas menos evitables que las que se previenen, origen de muchas epidemias tíficas ya registradas.

Productos Ibyes.—Con el pasado número se acompañaba un prospecto del Instituto de Biología y Sueroterapia de Madrid (Bravo Murillo, 45).

Ginecología y vacunas.—Al presente número acompañamos un prospecto y tarjeta de la casa Gremy, de París, cuya lectura y pedido de muestras recomendamos.

Kelatox.—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio Ibero, de Tolosa, cuya lectura recomendamos.

Oposiciones a Médicos.

de Sanidad exterior, convocadas 14 plazas en la Gaceta del 18 de Diciembre, instancias hasta 31 de Marzo, ejercicios segunda quincena de Abril. Se admite a doctores menores de cuarenta años. Obra que contesta a todo el programa con apéndice, de 1923, pesetas 75. Editorial Campos. Princesa, 14, Madrid.

PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).
CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

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

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