

# 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 BIMENO J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa. 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. B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inoculosa y Colegio de la Paz. T. HERNÁNDEZ 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	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS 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. B. 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.
---	--	---	---

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.

### PROGRAMA CIENTIFICO:

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

**SUMARIO:** Sección científica: Tratamiento de la fiebre de Malta, por el Dr. F. R. de Partearroyo.—El shock, apuntes clínicos, anatómicos y fisiológicos, por el Dr. Enrique Jela.—Ideas clínicas: Necesidad de medir sistemáticamente la tensión arterial, por el Dr. G. R. González.—Por qué no debemos hacer nunca la esterilización profiláctica de la mujer, por el Dr. D. Ignacio Fedriani.—Bibliografía por los doctores J. y S. Ratera.—Periódicos médicos.

## TRATAMIENTO DE LA FIEBRE DE MALTA

POR EL

DR. F. R. DE PARTEARROYO

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

Es ésta una enfermedad para la que en realidad no se contaba con ninguna medicación verdaderamente útil. Sólo los tratamientos sintomáticos son los citados en los libros corrientes, y si acaso de pasada en algunos modernos (más en los españoles que en los extranjeros) se trata de la medicación por sueros y vacunas; claro está que sin detalle; pero mucho menos se ocupan de la parte útil que de la quimioterapia puede obtenerse.

Por este motivo y convencido de que es una enfermedad que tiene tratamiento útil, mas no suficientemente conocido, sobre todo en cuanto a indicaciones y técnicas de las diversas medicaciones se refiere, es por lo que me decido a dar a la publicidad esta nota basada en mi experiencia, procurando en ella puntualizar los asuntos tanto como me sea posible.

Téngase especial cuidado, antes de instituir el tratamiento específico, hacer un exacto diagnóstico, utilizando siempre el laboratorio como ya aconsejábamos en nuestra publicación sobre «Diagnóstico clínico y bacteriológico de la fiebre de Malta» (EL SIGLO MÉDICO, Octubre de 1922), para, así, no echar culpas a quien no

las tiene, es decir, a la medicación; ya que lo malo no era ésta, sino el diagnóstico, y evitándonos de este modo, con un buen diagnóstico y un tratamiento eficaz, esas melitococias interminables que obligan a muchos médicos a proponer los tan socorridos cambios de clima al enfermo para que cure de su dolencia.

**SUEROTERAPIA.**—Es Wright, en 1895, quien utilizó primero el suero de cabras, asnos y caballos, inmunizados contra el micrococus melitensis, como tratamiento de la melitococia. Siguenle Eyre, Alridge, etc.; mas sin obtener buenos resultados, seguramente debido a que creían en la formación de exotoxinas por el micrococus melitensis.

Son Trambusti y Doncello los que con razas a las que habían aumentado la virulencia por pases hechos en animales por vía cerebral, consiguen obtener un suero antimicrobiano de mayor poder curativo; mas tampoco los resultados son totalmente satisfactorios. Lo mismo le ocurre a Sergent con su suero polivalente, a Durán de Cottés, etc.

Mas en la actualidad, bien por la mejor preparación de ellos, por los diagnósticos más seguros, por las indicaciones y técnicas para su uso, mejor establecidas, es lo cierto que son de utilidad en algunos casos y que deben emplearse siempre que el caso lo requiera, aunque, como ya decíamos en nuestro artículo sobre «Quimioterapia en la fiebre de Malta» (Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades, núm. 97, 1923), no debemos



esperar de ellos curaciones absolutas; él nos proporciona en ocasiones mejoras estimables que nos permiten usar la vacunoterapia, verdadera inmunización curativa para esta enfermedad.

Con los sueros tratamos de llevar al organismo lo que él no tiene ni es capaz por el momento de fabricar: los llamados anticuerpos. Estos necesitan un cierto tiempo para formarse, por lo menos seis ó siete días, y, además, hay casos donde, bien por causas de debilidad del enfermo, por infecciones masivas, por gran virulencia del germen, etc., éste produce una infección aguda, con todo un cuadro clínico que no es de este lugar, y una insuficiente formación de los ya dichos anticuerpos. En estos casos agudos precisamente es en los que la sueroterapia encuentra su mejor aplicación; así es que su indicación será tanto mayor cuanto mayor sea la agudeza del caso.

¿Cómo debemos emplear el suero? Si tenemos en cuenta que el suero terapéutico al inyectarle en el organismo enfermo no hacemos más que diluirlo, según demostró Bordet; que tarda en actuar un tiempo determinado, según la vía de introducción; lo que tarda en eliminarse, y que es un suero no antitóxico, sino antimicrobiano y, por tanto, poco eficaz, tenemos con ello bastante guía para deducir sus aplicaciones.

Durán de Cottes aconseja como técnica poner 20 c. c. el primer día, 10 c. c. el segundo, y 10 más cada cuarenta y ocho horas, hasta llegar á un total de 60 c. c.; esperar ocho días, pues la fiebre puede bajar un par de días después de la última inyección de suero, y volver de nuevo con más suero de otra raza animal, si es que la fiebre no cedió.

Creemos que no hay reglas fijas en el tratamiento de los enfermos y que son siempre el estado de éstos y el juicio clínico los que nos indicarán cómo debemos proceder en cada caso.

*Vías de administración del suero. — Vía subcutánea.* — Es la que más corrientemente se utiliza, es por la que más lentamente se absorbe el suero y por tanto tarda en actuar un cierto tiempo utilísimo á veces y que no siempre podemos despreciar. Recurriremos á ella en todos los casos subagudos y en aquellos agudos que nosotros veamos pueden esperar sin peligro el tiempo que tarda el suero en actuar.

De su técnica nada diremos, ya que es de todos conocida.

Las dosis estarán en relación con la gravedad del caso, y si tenemos en cuenta que es un suero de poco poder curativo, que por reabsorberse lentamente por esta vía, actúa en pequeñas cantidades y que al ingresar en el organismo, según Bordet, no hace más que diluirse y por tanto rebajar su poder curativo como prueba la experimentación, hemos de usarlo en gran cantidad como hoy se hacen las sueroterapias, sin temor á peligros remotos y pensando en que así se obtienen mayores beneficios.

Como pauta general pueden ponerse las dosis recomendadas por Durán de Cottes, mas no debemos tener miedo al suero, y si el caso lo requiere empezaremos por 30 ó 40 c. c., en algún caso pusimos hasta 70 c. c.

el primer día, y seguiremos con dosis de 20 ó 30 c. c. diariamente ó cada dos días, según el caso lo requiera, llegando y pasando si es preciso los 100 c. c., cosa en la que no hay peligro alguno. Mas lo corriente es que si hecha esta sueroterapia masiva y rápida no cede la fiebre, ésta siga su marcha habitual y sea necesario recurrir á otros métodos de que más tarde nos ocuparemos, como son otras vías de administración ó la quimioterapia.

Es frecuente que casos que cedieron al suero en las primeras inyecciones, no cedan cuando en nuevas ondas febriles recurramos á él; de ello nosotros hemos tenido casos muy típicos.

Esto se explica por la formación en el organismo de los enfermos con dolencia de larga duración, de anticuerpos que neutralizan los del suero y provocan su más rápida eliminación. En tales casos es útil á veces aumentar las dosis.

*Vía intramuscular.* — Esta vía posee la ventaja, según Meltzer, Auer y Morgenreth, de su absorción más rápida; será por tanto utilizada en casos más graves y en casos en que la vía subcutánea fracase. La eliminación de los anticuerpos administrados por esta vía y seguramente debido á su más rápida absorción, se hace en menos tiempo.

De técnica únicamente diremos que deben hacerse las inyecciones no en un solo sitio, sino que debemos repartir la dosis de 20 ó 30 c. c. en un par de inyecciones para no provocar dolor con intensas distensiones musculares.

*Vía intravenosa.* — Es la vía de excepción; sólo la usaremos en casos muy graves, con dosis variables según el enfermo, mas siempre elevadas, y teniendo las precauciones que son de rigor en tales casos.

Se hará la inyección con el suero puro ó mejor diluido en solución salina al 8 por 1.000, á razón de un volumen de suero por nueve de dicha solución (Brodin), é inyectando lentamente. Se hace la inyección con igual técnica y hasta con el mismo aparato que las de suero Hayen.

Como la eliminación del suero en estos casos es rápida, no estará demás hacer una inyección intramuscular ó subcutánea al mismo tiempo.

Se han recomendado otras vías como la digestiva que es inútil; está probado con sueros activos, que el poder antitóxico de la sangre no aumenta, cuando es esta vía la utilizada. La laríngea recomendada por Besredka es demasiado engorroso su uso, y son muy problemáticas sus ventajas.

La autosueroterapia ó la homoterapia tiene la ventaja de que la eliminación de los anticuerpos es más lenta, dado son sustancias del mismo organismo ó de otro de igual especie, mas no es útil, es para la dosis que puede usarse y á lo más, actúa con la inconstancia que las proteinoterapias, ya que quizá sólo sea así como obre, provocando shock coloidoclásico, forma en que según Widal es como seguramente actúa también la sueroterapia.

El suero para usar no debe ser reciente, debe ser polivalente, y es conveniente que esté transparente;



mas debemos saber que la turbidez no indica siempre impurificación, sino precipitación de albúminas por los antisépticos añadidos ó por ser malo el cristal del envase. Desde luego debemos desechar todos los que tengan mal olor. Será más exquisita la selección cuando la vía elegida para su administración sea la venosa.

La adición de antisépticos como el ácido fénico, los mercuriales, etc. á los sueros, debe suprimirse ó disminuir la dosis, siendo aún mejor cambiarlos por otros inofensivos, ya que poniendo dosis elevadas como hoy se ponen, exponemos al enfermo á una intoxicación.

*Accidentes de la sueroterapia y modo de evitarlos.*—La sueroterapia lleva consigo la producción de trastornos que aunque por fortuna suelen ser benignos, no ocurre así siempre, y de todos modos, es útil conocerlos.

En los individuos no sensibilizados, en los que por primera vez son tratados con suero, podemos citar como accidentes inmediatos, un ligero dolorimiento de la región donde la inyección se hizo y á veces picor en igual sitio que puede comenzar muy precozmente.

Los fenómenos tardíos más ostensibles aparecen del quinto al quince día, son la urticaria ó simples eritemas, picor, fiebre hasta de 39° y 40°, artralgias, adenitis, etc.; suelen durar de cuatro á ocho días, y todo entra en calma de nuevo. No son graves.

Se atribuyen dichos accidentes á un estado de sensibilización (según Rennes, Kawpacenski, etc.) producido por la alimentación con carne de caballo. En España no se usa dicha carne para la alimentación y los accidentes existen igual.

Cuando hace tiempo ha sido tratado el enfermo con suero, con fecha á veces de años, y más si data sólo de uno ó pocos más meses, aparece (y de ello hemos tenido nosotros casos muy típicos) á las pocas horas de puesta esta segunda inyección de suero y como fenómeno local un abultamiento de la región inyectada, un pseudoflemón típico. Dicho fenómeno es semejante al descrito por Arthus. No supura y solo desaparece en poco tiempo. Puede hacer pensar en una infección local por faltas de asepsia ó impurezas del suero; mas pronto se disipa la duda al ver la falta de fenómenos generales y su rápida curación. Este accidente se explica por producirse una precipitación coloidal en el sitio reinyectado, siendo, además, dicha precipitación la que evita nuevas precipitaciones en el resto del organismo y, por tanto, la falta de fenómenos secundarios generales.

Los trastornos generales son iguales á los ya antes dichos: urticaria, artralgias, fiebre, etc.

No tienen de característico más que su más rápida aparición. Son, en general, benignos.

Mas queda por citar una forma grave, más rara en cuanto á su frecuencia afortunadamente. Se caracteriza por aparecer de ordinario inmediatamente de empezar á inyectar, de manera brusca é inesperada; gran palidez, angustia, taquicardia, dilatación pupilar, relajación muscular y de esfínteres, pérdida del conocimiento, cianosis y, á veces, la muerte.

Lo ordinario es que este cuadro cese pronto y queden arritmias, picor, urticaria, fiebre, albuminuria, y

que en cinco ó seis días todo desaparezca, curando completamente.

Estos accidentes ocurren igual, sea cualquiera la vía de administración del suero (cutánea, muscular, venosa); sin embargo, la venosa parece la más peligrosa en cuanto se refiere á los fenómenos graves é inmediatos últimamente descritos.

*Manera de evitar estos accidentes.*—Siempre que vayamos á inyectar suero á un enfermo, debemos enterarnos si fué anteriormente tratado con dicho medicamento en la actual ú otra enfermedad, y, en caso afirmativo, el tiempo transcurrido desde entonces.

Son infinitos los métodos usados para este fin; unos se hacen ya en el laboratorio donde se preparan los sueros, como es, su calentamiento, y en algunos retenerlos en depósito unos dos meses antes de ponerlos á la venta, pues sabido es que los accidentes son tanto más frecuentes cuanto más reciente es el suero. Deben, además, desecharse aquellos caballos que tienen la propiedad de producir accidentes seroterápicos casi constantemente.

Otros métodos son los usados por el clínico, y de estos citaremos primero los métodos químicos. Pensando en la teoría química de Richet de la anafilaxia, se emplearon sustancias también químicas como el permanganato potásico, sales de magnesia, agua oxigenada, ácido cítrico, formol, morfina, etc.

Más útiles parecen ser las sales de cal (lactato y cloruro) y son éstas las que debemos dar constantemente en dosis de unos cuatro gramos. Se han usado también la adrenalina, la peptona, los anestésicos; ya que el shock anafiláctico no se presenta según Roux y Besredka durante la narcosis, etc.

Cuando con anterioridad fué tratado con suero es útil hacer lo llamado por Besredka antianafilaxia, método biológico fundado en los experimentos de vacunación con el antígeno de Rosenan y Anderson.

Este método se practica como sigue:

Si es la vía subcutánea la que vamos á utilizar como se hace siempre que no son muy urgentes los tratamientos, haremos inyecciones primero de 1 c. c. de suero, una hora después 2 c. c. y otra hora más tarde la dosis total.

Si es la vía intramuscular podemos usar iguales dosis.

Cuando la vía intravenosa es la utilizada por tratarse de un caso muy grave y que requiere un urgente tratamiento, empezamos por poner un cuarto de centímetro cúbico primero, quince minutos después el total.

Es un buen método á pesar de los casos negativos publicados por Penna, Moreno, etc.

Utilizando la vía venosa siempre, tanto si fué tratado como si no lo fué con suero, debemos inyectar éste diluido en nueve veces su volumen de solución salina al 8 por 1.000 como aconseja Brodin. Según éste no es á la dilución que sufre el suero á la que se debe la utilidad del procedimiento, sino á la sal.

Otros métodos se han usado, como son el de la inyección previa de carbonato de sosa, hiposulfito sódico, etc.



Los sueros de diversa especie animal como preventivos de los accidentes séricos, según recomendó Ascoli, no responden á lo que la teoría hacía esperar. Sabemos que la anafilaxia é igual la antianafilaxia no son rigurosamente específicas químicamente, aunque sí lo sean físicamente.

Así se han producido shocks anafilácticos en sensibilizados con suero, con el agua destilada Novy Krail, Billard con el azul de metileno, igual demuestran Biedl y Kraus con la peptona, Pfeiffer y Nita con el suero de buey, Weil con el de conejo, etc. De todo lo dicho se deduce la inutilidad del método. Si con sustancias tan variadas se producen dichos accidentes, con suero de otra especie animal que desde luego es más parecido química y físicamente, no cabe dudar que también se producirán.

**Utilidad y fracasos del suero.**—Los sueros antimicrobianos y en especial el melitocócico tienen poco poder curativo, como ha demostrado la experimentación y la clínica.

Este es el motivo por el que recomendamos se use á grandes dosis, mucho más si pensamos la dilución que sufre en el organismo.

Pueden fracasar por emplearse en poca cantidad, porque el suero esté mal preparado (son más útiles los polimicrobianos), por no haber elegido la vía de administración apropiada al caso, porque el diagnóstico sea erróneo, y esto, en realidad, no es fracaso del suero, sino del médico, y muchas veces porque á pesar de estar todo perfectamente hecho, no nos da el suero todo lo que fuera de desear.

Como juicio final diremos que la sueroterapia usada como queda dicho, es útil en algunos casos para hacer descender la fiebre, no es curativa por sí sola, y que, por tanto, no es este el suero ideal que debemos buscar; es necesario hallar otro mucho mejor, cosa que es de esperar se consiga, como se ha conseguido mejorar los antiguos.

**VACUNOTERAPIA.**—Fué desde los estudios de Wright cuando la bacterioterapia se generalizó. Dicho autor quería que actuara todo el organismo como defensor de sí mismo y de ahí nacieron y así explicó la eficacia de las vacunas en las infecciones localizadas. Según él, á partir del foco de infección se reabsorbía poco antígeno y escasas eran las defensas formadas, introduciendo antígeno en el organismo por otras vías, éste creaba anticuerpos que le ayudaban á vencer en la lucha entablada.

Más ya vemos, por lo dicho, que con esta medicación el organismo no se deja hacer pasivamente, él tiene que entrar en actividad y producir los anticuerpos que se le piden. La respuesta es positiva casi siempre, cuando hay una infección localizada y el resto del organismo está sano. Así empezó Wright y á ello fueron debidos los éxitos obtenidos con las vacunas estafilocócicas, principalmente; mas hoy está extendida la vacunoterapia á todas las infecciones agudas y de ahí sus fracasos. No siempre está el organismo que padece una infección aguda como la tifoidea, melitococia, etc., en condiciones de responder con la formación de anti-

cuerpos; á veces es inoportuno y perjudicial su empleo.

Son varios los trabajos críticos que sobre vacunoterapia, especialmente en las infecciones agudas, se han publicado.

Firmados por el Dr. Simón Flexner y otros autores conocidos, en el *Journal of the American Medical Association* han aparecido algunos artículos ocupándose del mencionado asunto. Igualmente hacen Wright en *The Lancet*, 1923. Vallee y Potoin en Francia; llegan á iguales conclusiones, creen que la vacunoterapia es muy útil en las infecciones localizadas crónicas ó subagudas; en las infecciones agudas el número de éxitos es más escaso, existen peligros y, por tanto, es preciso ser prudentes en su uso.

En la melitococia fueron Basset-Smith y Reid los primeros que utilizaron la vacunoterapia; los resultados obtenidos fueron mediocres, debido, al parecer, á las dosis excesivas empleadas. Después, Wright, Kennedy, Zammit, Magnaut, Durán de Cottes, Ch. Nicolle, Sergent, Couseil, etc., siguen empleándolas con resultados variables.

Las vacunas actúan pasados por lo menos seis ó siete días de la inyección; es el tiempo que el organismo necesita para formar los llamados anticuerpos.

Más esto es discutible, al menos tratándose de vacunas curativas. Todos los que las hemos usado hemos obtenido beneficios casi inmediatos á su empleo. Esto, que seguramente no se debe atribuir á una acción específica, se explica perfectamente admitiendo, como Vidal, Abrami y Brisaud, que las vacunas actúan á veces como proteínas extrañas y sus beneficios son debidos al shock proteico que originan.

Según nuestra experiencia, las vacunas son positivamente útiles en la melitococia, y á la inversa que los sueros, deben emplearse tanto más cuanto menos agudo es el caso.

Están indicadas en las formas ambulatorias, crónicas, donde casi siempre dan útiles resultados.

En las formas agudas deben emplearse al principio, cuando el organismo está aún en condiciones de responder positivamente. Estos casos son raros, pues si bien la enfermedad suele empezar con poca fiebre y es ésta la época á que nos referimos, lo ordinario es que en tales fechas no se haga el diagnóstico, bien porque el enfermo no acude al médico ó porque á éste no se le ocurre pensar en la melitococia.

En las fases afebriles ó con escasa calentura que esta enfermedad presenta es en las que se usan más frecuentemente las vacunas.

Al final, cuando la melitococia hizo sus localizaciones secundarias en periostio, articulaciones, nervios, etcétera, son también de gran utilidad.

Como contraindicación señalamos las fases agudas con fiebre de más de 38° á 38°5. No creemos sea esto una contraindicación absoluta; mas como los beneficios que en estos casos se obtienen puede decirse que son casi siempre nulos, como aunque rara vez, alguna, podemos originar perjuicios al enfermo, creemos es mejor abstenerse y hacer que la temperatura descienda con otros métodos de que luego hablaremos, utili-



zando después las vacunas con más probabilidades de éxito.

En enfermos de corazón, nefríticos, diabéticos, tuberculosos, etc., si padecen estas dolencias de antiguo y están compensadas, pueden usarse extremando la vigilancia.

¿Qué vacuna debemos emplear? Las vacunas se preparan con gérmenes muertos, bien por el calor á 60°, bien por el éter, fluoruro de sodio, etc. Los resultados son semejantes, cualquiera que sea el método empleado.

El único cuidado importante en la fabricación de vacunas es que los gérmenes vayan en ellas lavados por centrifugación después de muertos y, por tanto, no lleven restos del medio donde crecieron (agua de condensación, caldo, etc.), ni antisépticos de los que se usaron para matarlos (éter, etc.). Así se evitan muchas molestias al enfermo, más aún si hacemos una perfecta elección de dosis, con todo lo cual las reacciones son mínimas.

Estos son los cuidados más importantes para su preparación.

Para su conservación se añade ordinariamente  $\frac{1}{2}$  por 100 de ácido pícrico.

Cuando hemos aislado el micrococus melitensis en hemocultivo, preparamos con él una autovacuna para usarla cuando sea oportuno. Si esto no ocurre, usaremos las vacunas del comercio que deben ser polivalentes. Sobre la utilidad de ello no hace falta insistir. Si las mejores son las autovacunas, si los gérmenes no son exactamente iguales, serán tanto más útiles cuanto más parecidos y es más fácil hallar dicha semejanza, y con ella la utilidad, habiendo muchas variedades de micrococus melitensis en la vacuna, es decir, siendo polivalentes, que no habiendo una sola, ó sea con vacunas monovalentes.

No trataremos de las vacunas sensibilizadas de Besredka que se las ha objetado el ser causa de hacer portadores de gérmenes, ni de las lipovacunas, glicero-vacunas, etc., de las que tanto se esperaba, ya que con la absorción lenta que originaban, las reacciones eran nulas y las dosis toleradas mayores, mas los resultados de inmunización no corresponden á las fundadas esperanzas que en ellas había.

La dosificación no debe ser excesiva en ningún sentido, ni mucho ni poco; ordinariamente se peca por poco en vacunoterapia, disponiendo de ampollas á 200 y 1.000.000.000 por centímetro cúbico, tenemos suficiente para reglar un tratamiento de manera conveniente.

La vía de administración es casi siempre la subcutánea, viértense así lentamente los productos en la sangre y las reacciones no son tan bruscas como cuando se usa la vía venosa, aunque esto puede tener inconvenientes (Wright).

La vía intramuscular es poco usada, la venosa, Wright la prefiere en determinados casos y la digestiva tan usada por Besredka, con sus vacunas biliadas en varias infecciones, cuya puerta de entrada es el aparato digestivo, y por Nicolle en la fiebre de Malta, a nos-

otros hasta ahora al menos no nos dió mejores resultados.

La dosis primera que administramos es siempre arbitraria, no sabemos cómo reacciona el individuo á las vacunas, unos mucho, otros poco, y es por tanto, y la podemos llamar, dosis de tanteo.

Debe ser tanto más pequeña, cuanto más agudo sea el caso; ordinariamente empezamos por veinticinco millones; con esta dosis casi nunca reacciona el enfermo, no tiene la menor molestia, es la dosis de elección para el tanteo.

Si el enfermo no tiene con ella reacción ninguna ó es ésta solamente local ó general, ligera en intensidad y duración, pondremos la dosis siguiente del doble, cincuenta millones, y seguiremos doblando las dosis, siempre que el enfermo lo tolere, hasta llegar á 1.000 ó 2.000 millones, dosis máxima que se repetirá cuantas veces juzguemos conveniente. Puede aumentarse la dosis si el enfermo lo soporta y no obtenemos con las anteriores los resultados deseados.

Si alguna dosis no es bien tolerada, no debemos poner el doble en la siguiente inyección, repetiremos la misma ó la disminuirémos algo, según la reacción fuere de intensa, y no aumentaremos la cantidad hasta que no exista perfecta tolerancia.

¿Qué intervalo debe existir entre cada inyección de vacuna?

Está muy generalizado el uso de que éste sea de seis ó siete días; entre nosotros Durán de Cottes así lo preconiza.

Creemos que como siempre es necesario ajustarse al modo de reaccionar el enfermo. Si tolera bien las inyecciones las ponemos sistemáticamente cada tercer día.

Si alguna inyección provocó fuerte reacción, esperamos uno ó dos días á que ésta pase y continuamos después como si nada hubiese ocurrido. Practicando con cautela el método no ocurre nada, estamos seguros de no hacer daño alguno y en pago acortamos la duración del tratamiento en más de la mitad, y siguiendo la otra técnica éste se hace interminable.

(Se continuará.)

## EL SHOCK (1)

Apuntes clínicos, anatómicos y fisiológicos

POR EL

DR. ENRIQUE DE ISLA

Ha surgido esta tesis en mi inteligencia como resultado de repetidas meditaciones acerca de la elección del asunto que debo someter á vuestra consideración.

Los viejos como yo, con práctica profesional no interrumpida de muchos años, nos vemos impulsados á registrar en los archivos que guarda la memoria aquellos hechos que más nos han impresionado en la asistencia de los enfermos. Vivimos del pasado, sin que por eso dejemos de interesarnos por el presente y el porvenir de la Ciencia, que ha

(1) Discurso leído en la sesión inaugural de la Real Academia Nacional de Medicina.



sido la Dulcinea eterna de nuestras ilusiones en el camino del progreso.

Es una especie de balance de los casos en que nuestra sensibilidad, siempre despierta y á devoción de la Humanidad, ha sido puesta á prueba.

Constituyen estos casos las sorpresas dolorosas de que he sido testigo muchas veces, viendo cómo rápidamente y sin preverlo un paciente, al parecer sin lesiones de importancia, presenta un apagamiento de la vida, pasando del ser al no ser en pronto plazo. El choque de que son víctimas los enfermos choca, á su vez, en el ánimo de nosotros, los médicos, como un brusco y violento rebote moral.

¿Y qué es el *shock*? Palabra inglesa empleada por Benjamín Travers, en 1825, autor que tiene en su biografía la demostración del tapón muscular mucoso defensivo en las pequeñas heridas penetrantes del tubo digestivo abdominal. El vocablo lleva en sí la ventajosa condición de expresar sobriamente un concepto morbozo que no excluye la elasticidad en la interpretación doctrinal del mismo por los clínicos y experimentadores de todos los países.

La palabra inglesa *shock*, aun cuando rebatida por los cirujanos franceses, representados por su gran maestro el Dr. Verneuil, profesor ilustre en el decir y en el hacer, del Hospital de la Pitié, de París, ha quedado en el lenguaje científico.

En los años de 1867 hasta 1874 han desfilado varias publicaciones de importancia, entre las que pueden ser mencionadas con preferencia la de Fourniaux Jordan, en el *British Medical Journal* (volumen I de 1867, sobre el *shock* después de las operaciones quirúrgicas); Le Gros Clark (Lecturas de los principales diagnósticos en Cirugía, especialmente en relación con el *shock* y lesiones viscerales, London, 1870), William Seswell Savory (*Colapso y efectos generales de «shock» en el sistema de cirugía*, editado por Th. Holmes, volumen I, 2.<sup>a</sup> edición de 1870), Lander Branton (Patología y tratamiento del *shock* y del síncope en el Hospital de San Bartolomé, de Londres, en 1874).

En el plazo que media entre 1918 y 1923, han aparecido los trabajos clínicos y experimentales, con las enseñanzas de la gran guerra, de ingleses y norteamericanos, como Baylies (*British Medical Journal*, 1918), Cowell (*Lancet*, de 1919), Dale y Richardson (*Journal of Physiology*, 1918), Cannon y Orile (Actas del Comité de investigación acerca del choque traumático, London, 1919), Keynes (Publicaciones médicas de Oxford, 1922), W. Langdon Brown (El nervio simpático, London, 1923).

La comunicación de Cannon, profesor de Fisiología de la Universidad de Harvard, ya conocido por excelentes escritos anteriores, fué el eje de la importantísima discusión de la Sociedad de Biología de París, en su sesión del 19 de Octubre de 1918, destinada únicamente al estudio del *shock*, y en la que intervinieron salientes figuras quirúrgicas de Francia, como Delbet Quenu, Pedro Duval, Cl. Vincent y otros portadores de las nociones recogidas en los puestos de socorro y hospitales de las avanzadas del ejército combatiente en la última guerra mundial. Las actas de esta sesión documentan expresivamente la autorizada intervención de biólogos, fisiólogos y cirujanos en el examen del *shock*, desde el punto de vista clínico y de laboratorio.

La sinonimia del *shock* traduce las variadas apreciaciones de los autores, según el concepto etiológico ó sintomático adoptado de acuerdo con la evolución y las manifestaciones somáticas de este estado morbozo.

Estupor ó pasmo traumático (Pirogoff), quebranto, susto traumático (Bardeleben), aterimiento traumático, colapso, conmoción, trisplanismo.

El término colapso entraña seguramente, á mi juicio, la acepción mejor comprendida del *shock* en clínica; es de origen latino, como sabéis, y significa caída, caer en ruinas, siendo introducido en el lenguaje científico en 1769 por Guillermo Cullen, escocés, catedrático famoso de Química en la Universidad de Edimburgo, y más tarde de materia médica, señalado como el impugnador del universal Boerhaave y la doctrina del humorismo.

Las variadas y múltiples consideraciones expuestas en las numerosas disertaciones conocidas acerca del *shock*, hacen difícil definir con exactitud este grave problema clínico. Opino que se puede resumir, aproximadamente, lo dicho respecto al *shock*, conceptuándole como un síndrome resultante de la acción brusca de causas dinámicas, psíquicas ó emotivas, físicas ó mecánicas, químicas y tóxicas, solas ó asociadas, que representan un estímulo rápidamente violento al cual reacciona el organismo de una de dos maneras: ó por excitación, bajo forma de delirio ó de *shock* erético, según Travers, ó por aplanamiento vital, forma tórpida, que es la más frecuente, caracterizada esencialmente por la disminución de la presión sanguínea, cuyos diversos grados de intensidad se patentizan en el escalonamiento de distintos matices en las manifestaciones del aterimiento, el estupor, el colapso, y finalmente, el síncope cardíaco y respiratorio, que marca el acabamiento del proceso morbozo por inhibición del nervio pneumogástrico.

¿Quién no recuerda haber visto y atendido enfermos de *shock* erético ó delirante y de tipo tórpido ó depresivo?

Para describirlos, hagamos honor á los clásicos que tan magistralmente han explicado ambas formas de *shock*.

Dupuytren, en sus lecciones orales de cirugía clínica, cita distintos casos que le han servido para su conferencia acerca del «Delirio nervioso». «El cerebro quebrantado por el dolor—dice el famoso cirujano—, por el temor, la misma alegría, percibe sensaciones que no están en relación con los objetos que le rodean y la razón abandona al enfermo en el momento que sería más necesario su socorro.»

Según Dupuytren, el delirio nervioso depende de las disposiciones morales y físicas del individuo: es muy frecuente en las tentativas de suicidio. Se anuncia por locuacidad, una alegría extraordinaria, á veces, por la viveza de la mirada, la brevedad del lenguaje. Su principio es brusco y se manifiesta por una singular confusión de ideas sobre lugares, personas y cosas. La cara está animada y habla con vociferaciones fogosas; sudores abundantes corren sobre la parte superior del cuerpo. La insensibilidad es impresionante. Se ve á un herido deshacer el aparato contentivo de su fractura, marchar á la rastra con una pierna cuyos huesos roños frotan sus extremidades sangrientas, produciendo un ruido de crepitación que hace estremecer á todo el mundo menos al paciente, que parece no darse cuenta de su estado.

Otro operado de hernia estrangulada se quita el apósito, desenrolla completamente sus intestinos, como si se tratase de un animal de matadero. Anotaré incidentalmente la historia de una mujer de la sala 5.<sup>a</sup>, á mi cargo, del Hospital General, operada de histeropexia, por prolapso de útero y de ovarios, vascongada, de cincuenta años de edad, que, además de quitarse el apósito, se abrió cruelmente la herida abdominal con las manos, esparciendo por la cama los intestinos. La enferma se salvó, sin embargo, y posteriormente fué trasladada al departamento de observación, por seguir con síntomas de manía religiosa, despertada después de la intervención quirúrgica.

No hay fiebre en el delirio y el pulso es regular, y si se altera, es por contragolpe, á causa de los movimientos desordenados del paciente; pérdida del apetito, insomnio, y



puede terminar fatalmente del cuarto al quinto día de su aparición, aun cuando lo más á menudo es por curación. Frecuente en el hombre, raro en la mujer y nunca se observa el delirio nervioso en el niño.

Los antecedentes respecto á las costumbres de los enfermos suministran el dato principal para el diagnóstico diferencial entre el delirio nervioso traumático y el *delirium tremens*.

La patogenia del delirio, agrega Dupuytren, es como á continuación se expresa, y que copio á la letra: «Existe en cada individuo una suma de fuerza moral análoga, bajo muchos conceptos, á la fuerza física, susceptible, como ésta, de ser aumentada, disminuída, exaltada ó anulada por el solo esfuerzo de la imaginación, agotándose por el dolor, y lo mismo que la física, por la pérdida de sangre. El temor de una operación, que uno se figura siempre más cruel de lo que es en realidad; la vista, más penosa todavía, del aparato que la precede; una susceptibilidad nerviosa particular; la exageración, que conduce al suicidio, son tantas causas, que obran más seguramente en cuanto el dolor ha sido más ligero y la aprensión más viva.»

A la gráfica descripción que precede debe sumarse que en la forma erética del *shock* existen constantemente vómitos incoercibles, acompañados de una sed ardiente é inextinguible que obliga á beber al enfermo de un golpe y con avidez el líquido que se le ofrece, para arrojarlo en seguida. Es un aspecto del suplicio de Tántalo.

La forma tórpida del *shock* ha sido objeto de una descripción que sirve de modelo expresivo y que plasma esta modalidad clínica, sea la que fuera su causa productora. La descripción está hecha por Fischer, de la Clínica quirúrgica de Breslau, en el número 10 de la *Colección de trabajos clínicos de Ricardo Volkmann*, impresa en Leipzig en 1870.

Fischer nos presenta un joven vigoroso que acaba de sufrir un golpe en el vientre con la lanza de un coche. No hay ningún signo indicador de lesiones graves de los órganos internos. Inmediatamente después del accidente han estallado los síntomas generales, cuyo conjunto denuncia el tipo depresivo del *shock*, el estupor. Este enfermo está acostado, silencioso é indiferente; la cara, abatida; los rasgos de la misma, alargados; pliegues surcan su frente; sus narices están dilatadas. Los ojos, fatigados, sin brillo, profundamente hundidos en sus órbitas, están recubiertos á medias por los párpados, rodeados de amplias y negras ojeras. Las pupilas, dilatadas, se contraen con dificultad á la influencia de la luz; la mirada, apagada, se pierde en el vacío. La piel y las mucosas visibles están blancas como el mármol; las manos y los labios con coloración azul. Gruesas gotas de sudor aparecen sobre su frente. La temperatura del cuerpo entero está considerablemente descendida al tacto, y el termómetro acusa el enfriamiento, un grado y medio en la axila y un grado en el intestino recto, por debajo de la temperatura normal. Además, la sensibilidad es obtusa en todas las regiones del cuerpo. El paciente toma un aire triste y descontento, y no ejecuta un movimiento defensivo más que cuando se le pincha dolorosamente. Todo movimiento espontáneo de los miembros ha desaparecido. Cuando se insiste enérgicamente, y después de repetidas incitaciones, parece que se obtienen algunos movimientos en las extremidades. Elevadas éstas pasivamente, vuelven á caer inertes en el momento de ser abandonadas. En este enfermo los esfínteres no están relajados, al menos en el hospital no han sido observadas evacuaciones involuntarias. La escasa cantidad de orina obtenida por el cateterismo no contiene ni albúmina ni azúcar. El pulso apenas se siente; es irregular, desigual y muy frecuente; las arterias están contraídas; su ten-

sión es extremadamente débil. Cuando este enfermo ha ingresado en el hospital no se apreciaba el pulso, y los ruidos del corazón eran muy irregulares. El paciente no ha perdido el conocimiento, y actualmente posee la conciencia de su estado y de lo que pasa á su alrededor; verdad es que responde lentamente y sólo después de perentorias y reiteradas preguntas, pero al fin responde muy sensatamente. Es con mal humor como da sus referencias, pero lo hace con precisión, sin embargo. Únicamente en el momento de la entrada se ha resistido á toda explicación. La voz es ronca y débil, pero la palabra es bien articulada. Apremiado por las preguntas que se le hacen, este enfermo acusa una sensación de frío, de aturdimiento, de desvanecimiento, de hormigueo y embotamiento en todos los miembros. Cuando cierra los ojos le parece que se va á encontrar mal y sufre vértigos. Los órganos de los sentidos gozan toda la integridad. La respiración aparenta ser irregular, muy profunda, suspirosa; largas inspiraciones alternan con inspiraciones superficiales, frecuentes, apenas apreciables. Coincidiendo con el ingreso en el hospital, el enfermo ha vomitado varias veces; en la actualidad tiene angustias y náuseas.

En este estado, sus más próximos parientes encontrarían dificultad para reconocer á este pobre joven.

Este aspecto general, este enfriamiento, esta voz enronquecida, suscita en el espíritu de un observador atento el recuerdo de un enfermo de cólera morbo asiático; no falta al cuadro morboso más que las deposiciones albinas características.

Seguramente que cuantos asistimos en el Hospital General á los lesionados procedentes del pueblo de Villaverde en la noche de Junio de 1921 en que ocurrió el siniestro ferroviario del tren de Andalucía, podemos certificar de la exactitud del cuadro clínico trazado por el profesor Fischer, de Breslau, de la forma tórpida del *shock*.

Hay una tercera categoría de *shock* de forma sincopal por parálisis inmediata del corazón y la respiración. Puede ser ocasionado por causas vulnerantes, que determinan vibración molecular en los tejidos, y cuyos efectos, transmitidos centripetamente al cerebro por los nervios sensibles, detienen los dos órganos, corazón y pulmón, que con el cerebro constituyen el trípode vital. El traumatismo accidental ó operatorio están capacitados para producir el síncope, ciertamente; pero precisa consignar la falta de relación entre las lesiones, que suelen ser insignificantes, y el estado sincopal. Es admisible que las muertes fulminantes ó en breve plazo se deben principalmente á la acción inhibitoria del dolor y de las emociones. Se trata más bien de causas dinámicas, morales y psíquicas y excitantes intensos y violentos de la sensibilidad general ó especial, que de causas físicas de acción mecánica.

En los anales copiosos de la observación clínica es factible recoger hechos confirmativos de este aserto.

Comenzaré por uno que me es personal y que jamás se ha borrado de mi memoria.

En la sala 51 del Hospital General, buhardilla destinada á enfermos crónicos de cirugía, inauguré mis funciones de profesor de la Beneficencia provincial en Octubre de 1876, en sustitución del distinguidísimo, modesto y olvidado cirujano D. Ramón Eusebio Morales, jubilado. Fijé mi atención en un enfermo de cincuenta y cuatro años de edad, con hábito exterior excelente y sin que padeciera lesión ninguna médica especial, fuera de una arterioesclerosis no muy pronunciada. Dicho sujeto, que llevaba catorce años en el hospital, gracias á sus buenas alhabas sociales, padecía una pérdida de substancia del lado izquierdo de la nariz, que le afeaba mucho, á consecuencia de una pústula maligna, va-



lientemente atacada en su pueblo con el cauterio actual. En mi afán juvenil de iniciar en la clínica una cirugía ejecutiva, propuse al enfermo una operación de autoplastia, con intención de embellecerle algo. Fué aceptada con apariencias de agrado. Al día siguiente me encontré con que el enfermo había muerto en la noche anterior. Indagué con insistencia las circunstancias que acompañaron á este desenlace inesperado y triste. Se me contestó por la hermana de la caridad de servicio en la sala, que el enfermo no quiso comer aquella tarde y que no volvió á hablar, extinguiéndose como un pajarito en las primeras horas de la noche.

Practiqué la autopsia macroscópica, y sólo ésta, porque los análisis de laboratorio en aquella época eran un mito, y nada encontré de particular.

¿De qué se ha muerto este enfermo, interrogaba mi conciencia, atribulada por haber propuesto una operación quirúrgica de complacencia? Evidentemente, el temor de perder su ventajosa situación durante años de calandria mimado de hospital, aun cuando humildemente aposentado.

Me sirvió de lección para en lo sucesivo cotizar la personalidad moral de los enfermos y no aconsejar espontáneamente intervenciones sin finalidad curativa funcional indispensable.

[Buen principio de cirujano activo, aunque de buhardilla, que es como empezábamos entonces en el Hospital General! Fué recluta disponible en la falange quirúrgica que formábamos Manuel Arnús, perdido para la ciencia patria, pudiendo en cambio, lucir sus grandes talentos en la Banca de Barcelona, y de Aquilino Urioste, víctima de una infección quirúrgica, á quien recuerdo en todo momento como ejemplo de mártires en el cumplimiento del deber altruista de verdadero médico de hospital.

Espero que no extrañará que aproveche la ocasión para rendir un homenaje de justicia y compañerismo á dos valiosos representantes de la juventud quirúrgica hospitalaria provincial, llamados á desempeñar un influyente papel en la evolución, ya empezada entonces, de la cirugía madrileña.

Más tarde, y sigo mi rebusca de casos prácticos, habiendo descendido para ejercer en pisos más bajos del hospital, coleccioné, entre otros, los siguientes: una mujer de mediana edad, que ocupaba una cama de la sala 5.<sup>a</sup>, que padecía de un quiste hidatídico del hígado, fué objeto de una punción con el aspirador de Dieulafoy, por negarse á ser operada. A los pocos momentos, cuando se inició la salida del líquido quístico, fué atacada la enferma de un síncope cardíaco, y falleció en seguida, no obstante la aplicación de los remedios corrientes en esta complicación tan impensada y fatal; un joven de veinte años, de fuerte constitución y ayuda de cámara de oficio, fué conducido á la mesa de operaciones para aplicarle una trepanación craneal. Anestesiado el enfermo completamente por el cloroformo, debió sentir, sin embargo, el contacto del bisturí en la piel y sufrió en el acto un síncope, que resistió á cuantos medios terapéuticos fueron empleados, y murió á los pocos minutos; un fracturado de costillas, y de edad de cuarenta y cinco años, bebe, por equivocación, un gran trago de una solución alcohólica al 50 por 100 de ácido fénico, y es cadáver á los veinte minutos. El culto Dr. Huertas, que primero visitó al enfermo en la sala 34 del hospital, se acordará de este hecho impresionante; un comisionista, de treinta años, y robusto, afecto de un hidrocele en el lado derecho, propuso á un médico, amigo mío, que le practicara en el tumor una inyección de vino aromático, previa punción. Se trataba de una operación que había de ser realizada en el domicilio particular del enfermo, y en la que mi condiscípulo se estrenaba como práctico, proponiéndome que le acompañara. Hacer la punción y

morir el comisionista, de síncope, todo fué uno. El caso fué de *shock* por acción quirúrgica, y el novicio cirujano se quedó pasmado y próximo al estupor, del que le reaccionó la actitud amenazadora de la familia del enfermo.

Otros sucesos clínicos análogos podría citar, pero me concretaré á reforzar lo expuesto, relatando episodios de origen histórica, y algunos acaecidos á cirujanos célebres.

Sófocles (495 á 405 años antes de Jesucristo), poeta trágico, griego de gran renombre, que compuso, entre otras obras memorables, el *Edipo, rey*, muere en el crítico instante de recibir los aplausos y la corona que le concedían sus conciudadanos como testimonio de admiración por las últimas creaciones de su genio literario.

Diágoras, filósofo griego, llamado *el ateo* (del siglo V antes de Jesucristo), cae muerto en la plaza pública al saber el triunfo de sus tres hijos en los juegos olímpicos.

Dionisio, el tirano de Siracusa, estaba dominado por la apasionada afición de hacer versos, por cierto muy malos, declarado por el poeta griego Filoxeno, al que encerró en la prisión de las Latonias por negarse á aceptar como buenas las composiciones poéticas de Dionisio, á cuya corte estaba agregado Filoxeno. El tirano Dionisio murió repentinamente al serle notificada la concesión del premio de poesía en Atenas (406 á 367 años anteriores á la Era cristiana).

Mucho más modernamente, Fouquet, el intendente de Luis XIV de Francia, preso en la ciudadela de Pignerol por espacio de diez y nueve años, cae muerto al ser puesto en libertad.

La sobrina de Leibnitz, el gran filósofo de Leipzig, inolvidable creador de las mónadas y del cálculo diferencial, juzgaba que su sabio tío, viviendo en la austeridad de sus altos estudios, era incapaz de ahorrar y menos de atesorar. La sorpresa de la sobrina fué tremenda al encontrar guardados en la cama de su tío, el filósofo, 600.000 francos. La alegría cortó de repente la existencia de la sobrina.

Pasaré de largo ante los hechos de muerte rápida por emociones tristes, como la de William Pitt, el estadista inglés, al recibir la noticia de la victoria de Napoleón I en Austerlitz, y me detendré en dos de ellos, que ponen de relieve la influencia poderosa del terror.

Un artillero es llevado á la ambulancia de Karabelnaia (Rusia), en profundo estupor, no presentando más que una herida contusa en la segunda falange del dedo índice izquierdo. Sus camaradas contaban que habían sido cubiertos de tierra por una bomba que había explotado á pocos pasos de ellos. El herido se había levantado como los otros, sacudiéndose sin mucha emoción el polvo que le cubría, cuando uno de sus acompañantes, observando que tenía vestigios de sangre en la cara, le dijo bruscamente que estaba herido en la cabeza. «La impresión fué tan honda, que le produjo un síncope, al que sucedió un estado de estupor invencible.» El examen atento de todas las regiones del cuerpo no hizo descubrir más que un pequeño desgarró de la piel del dedo indicador izquierdo, el cual, en un movimiento del herido para enjugarse la cara, había dejado huellas de sangre. Todos los esfuerzos para combatir el estupor fueron inútiles, y después de algunos indicios de ligera reacción, un nuevo síncope dió fin á la vida del enfermo (tesis de Rith. París, 1860).

Robertson refiere (*Medical Times* de 1870) que asistía á una operación de hernia estrangulada en el servicio del doctor Thompson. El enfermo que debía ser operado fué colocado en la mesa, y antes de hacer uso del bisturí, Robertson le afeitó los pelos que cubrían la región de la hernia, pero, de golpe, el paciente se quejó de debilidad, suspiró y murió.

Bien conocido y divulgado es el acontecimiento mencio-



nado por Lander Brunton en su *Patología y tratamiento del «shock»*, expuesta al juicio de la Sociedad Abernethiana de Londres. Un portero del Colegio real de Aberdeen fué sometido á un jurado de estudiantes bromistas, aunque aparentando inflexible severidad, que condenó á la pena de ser decapitado al modesto funcionario, á quien le vendaron los ojos y le pusieron la cabeza en un tajo, simulando el efecto del hacha con una toalla mojada, con la que le golpearon el cuello, dando entonces por acabada la farsa. Al quitar la venda que tapaba los ojos, vieron con gran espanto los estudiantes que el portero estaba muerto.

Del relato inacabable de observaciones particulares inéditas y las publicadas de los profesionales de todas partes, sean denominadas estupor, colapso, conmoción ó *shock*, términos más generalmente empleados, se infiere que el final del proceso morboso lo constituye el síncope cardíaco ó respiratorio, sea la causa productora la que fuere.

El síncope es una terminación fatal que se presenta de repente, ó es antecedida por el estupor y el colapso ó la conmoción. Aparece fulminante ó más tardíamente, contra todo esfuerzo de la voluntad humana, por más que auterres respetables aseguran que el colapso y el estado sincopal se lo pueden provocar los faquires de la India. ¿Será verdad? ¿Se tratará más bien de una catalepsia, previa educación autosugestiva del sistema nervioso para sostener el espíritu religioso, fanático de los indios? Podrán caer los faquires en la inmovilidad cataléptica por imperio de su voluntad, pero esto de nada les sirve para reintegrarse á la vida normal por sí mismos. Necesitan que se les aplique el calor en el vértice de la cabeza y fricciones enérgicas en toda la superficie del cuerpo.

El Dr. Carpenter, bajo la fe de sir Claude Wade, antiguo agente político en la Corte de Rijnud Singh, el rey de Lahore, en el hermoso país de las cinco riveras, refiere que un faquir es enterrado en una cueva con una guardia severa durante seis semanas. En el tiempo que duró esta inhumación, Rijnud envió desenterrar dos veces el cuerpo, y cada vez se encontró al faquir en la misma posición en que se le había colocado en la fosa.

Este hecho extraño de inhumación voluntaria, agrega Davanier, explícase por el calor de la atmósfera y del suelo en esta región favorecida por el sol. En otros países más fríos sobrevendría la cesación de la vida.

De las observaciones anteriormente consignadas, se induce la intervención preponderante del sistema nervioso en las manifestaciones cardiovasculares que acompañan al *shock*, y ratifican también la doctrina de Claudio Bernard, de que las causas morales son fenómenos de sensibilidad productores de reflejos en el organismo.

La articulación funcional de los nervios sensitivos y motores se verifica merced á la propiedad eonductora de la célula nerviosa. La velocidad de transmisión de los estímulos en los nervios, medida experimentalmente, y con la mayor delicadeza, por Helmholtz en 1850, y por Chaveau en 1878, es en el hombre de 30 á 40 metros por segundo, lo mismo en los nervios sensitivos que en los motores.

Aceptada la forma del *shock* de origen nervioso, demos acceso á otra forma de dicho proceso menos rápidamente desenvuelta basando su interpretación en la teoría humoral, la cual cuenta con fundamento experimental y clínico.

El experimental se inicia con el resultado de aplastamiento de los músculos de una pata posterior de un conejo, y consiste tal resultado en el descenso de la presión arterial, que comienza al cabo de veinte minutos, alcanzando, próximamente en una hora, el punto crítico del *shock*, que deja de producirse si los nervios de la pata están lesionados, lo

cual revela que el fenómeno no es de procedencia nerviosa.

Asimismo es significativo el detalle de que si la arteria y vena ilíacas son de antemano ligadas y el músculo es herido en seguida, la disminución de la presión vascular no se presenta más que en el momento que se restablece la corriente sanguínea (Cannon).

Injectando músculos asépticamente recogidos y autolizados en el peritoneo, predilectamente para hacer menos complicado el análisis del experimento, se aprecia, después de algunos minutos, que el animal es atacado de una polipnea extraordinaria, lo cual no demuestra la teoría de la acapnia en la determinación del *shock*, sostenida por Henderson y vulgarizada por el malogrado fisiólogo Dr. Gómez Ocaña, pues comprobado está por los clínicos que la respiración exagerada que marca esta teoría no se echa de ver en los casos humanos. Después de este primer síntoma de la polipnea, desaparecen los reflejos, y acto seguido, los animales quedan inertes y en la posición que se les ha dado.

La marcha del *shock* provocado indistintamente en los conejos, ratas, cobayas y ranas es variable, ó curan ó mueren. En ambas circunstancias, la polipnea desaparece, la respiración se amortigua y cae por debajo de lo normal. Si á la par de este amortizamiento de la respiración, los reflejos reaparecen, el animal está próximo á la curación; de no ser así, faltando los reflejos y más acentuada la detención respiratoria, se anuncia la muerte del animal.

Por los datos de la experimentación, es lógico afirmar que las toxinas de los autolizados musculares, y éste es el punto capital (Delbet), son principalmente venenos del sistema nervioso, apreciación reforzada por la desaparición de los reflejos y el estado comatoso de los animales. El nombre de *shock* nervioso no desentona en la admisión de la teoría hemática, digámoslo así, al hablar de la intervención en el organismo de toxinas de origen muscular.

Recientes investigaciones de Dale y Richards parecen acreditar que la histamina derivada de la histina por subtracción de una molécula de  $\text{CO}_2$  es acaso la substancia tóxica que acompaña á la desintegración muscular.

(Se continuará.)

## IDEAS CLÍNICAS

### Necesidad de medir sistemáticamente la tensión arterial.

POR EL

DR. G. R. GONZALO

Enseñanos la clínica de manera admirable, la serie infinita de pequeños trastornos que pone al práctico sobre aviso de futuros, grandes é irremediables cataclismos orgánicos, en ese período obscuro y silencioso en que lentamente se va engendrando un proceso escleroso y en el cual el exceso de tensión del aparato vascular es el único síntoma y la exclusiva causa de una porción de vagas y á veces incomprensibles molestias, únicamente explicables por la existencia de aquella hipertensión.

Es, en verdad, la hipertensión arterial, un fenómeno orgánico compensador admirable, que permite insensible y automáticamente á nuestro aparato circulatorio irse acoplando y acomodando á las necesidades



imperiosas de todos nuestros órganos y tejidos cuando éstos demandan de él un esfuerzo, eliminador de nuestros tóxicos, supletorio de sus extralimitaciones funcionales, reparador de sus agotadas energías, vencedor de sus obstáculos circulatorios, etc., etc., pero no por eso exento de gravísimos peligros, que en el rodar de los años de nuestra existencia van laborando hondas lesiones endurecedoras de sus vasos (quizá ya predispuestos congénitamente) é hipertrofiantes de sus ventrículos primero, agotadoras de sus resistencias después, y productoras al final de esos enormes derrumbamientos orgánicos del aparato cardio-vascular entero.

En su primera fase (*pre-esclerosa* de Huchard), cuando podríamos decir que existe aún por sí sola la hipertensión, por ser la únicamente apreciable, por no ir aún acompañada de ningún otro síntoma subjetivo; en su *fase terapéutica*, digámoslo así, aquella en que todavía nuestros medios higiénicos y farmacológicos pueden detener ó retrasar su marcha fatal, es cuando precisamente más interesa al clínico, cuando éste ha de buscarla y diagnosticarla, antes que constituya la manifestación de un proceso escleroso local ó generalizado, ya instituido definitiva é irremediamente, y contra el cual poco ó nada pueden todos nuestros recursos terapéuticos.

Basta el hecho clínico anotado para comprender toda la actual importancia de la esfigmomanometría.

Es suficiente por sí sola, para denunciarnos en ocasiones estados de verdadera gravedad, durante los cuales, si aún no aparecieron los pequeños signos clínicos, precursores de una futura esclerosis renal, de una hemorragia cerebral, de una angina de pecho ó de una aguda y rápida insuficiencia cardíaca, lesiones todas casi siempre finales y fatales de su completa evolución, son, sin embargo, fenómenos hipertensos generales ó ya regionalizados, que en el transcurso del tiempo nos explicarán primero las jaquecas del distrófico por el exceso de urea en su sangre (veneno altamente hipertensivo), los amagos sincopales y los trastornos visuales pasajeros del futuro hemorrágico cerebral, las congestiones viscerales y las meiorragias orgánicas del escleroso, los pequeños trastornos vasculares del futuro nefrítico; para revelarnos después, si una higiene severa y una terapéutica bien dirigida no lo supieren evitar ó retrasar, al menos, los imponentes é irremediables síndromes finales del proceso general angiescleroso ó los más locales y precisos, no por eso menos irremediables y graves del órgano ó el aparato más esclerosado en sus propios vasos y parénquima, síndromes clínicos todos ellos terminales de la evolución general del proceso y de tan fácil diagnóstico, como fatal pronóstico é irremediable solución terapéutica.

Por eso es que la medición sistemática de la tensión arterial en todo enfermo, nos produzca en ocasiones verdaderas sorpresas, revelándonos estados hipertensivos ó hipotensos de una u otra presión arterial (máxima ó mínima), que jamás pudimos ni siquiera sospechar por el tacto del pulso y los demás procedimientos clínicos exploratorios.

Y si la determinación tensional fué efectuada por

el procedimiento oscilométrico, éste á su vez puede descubriarnos en la forma, fuerza, ritmo, amplitud y manera especial de producirse la oscilación de la aguja, signos y caracteres que por sí mismos nos conducirán á practicar exploraciones varias más detenidas y minuciosas, y todas ellas, tal vez á diagnosticar en ocasiones lesiones cardiovasculares insospechadas, quizá incipientes, y susceptibles, por tanto, de un oportuno y eficaz remedio, que de no haberse descubierto oportunamente, hubiese sido infructuoso en plazo acaso no lejano.

Si á esto agregamos las escasas ó nulas molestias subjetivas que en general producen muchos de estos procesos, hasta el punto de ignorar el propio paciente la existencia de los mismos y su importancia pronóstica, justificase sobradamente el por qué aconsejar de modo sistemático la medición tensional en todo enfermo, sea de la naturaleza que quiera la enfermedad que aquel padezca.

Quien posea alguna práctica oscilométrica, habrá podido con frecuencia comprobar cuanto dejo dicho; y en más de una ocasión el carácter mismo de la oscilación de la aguja, le habrá inducido á obtener un trazado esfigmografiográfico ó electrocardiografiográfico, que unido á una más minuciosa auscultación, le habrán revelado lesiones insospechadas, productoras de síndromes difusos, al parecer de escasa ó ninguna relación con el aparato cardiovascular, achacables á mil pequeñas causas y motivos, no obstante ser únicamente debidos á lesiones, insuficiencias, defectos funcionales y demás trastornos propios y exclusivos del aparato circulatorio.

La medida, pues, de la tensión arterial debe de entrar desde luego á formar parte de nuestros medios de exploración clínica ordinarios y corrientes, constituyendo al lado de la auscultación, la termometría, la percusión, la palpación del pulso y demás procedimientos clásicos, un procedimiento más y de gran valía por cierto, que contribuya al suministro de signos clínicos positivos, de los que tan necesitado se ve el clínico práctico en determinadas ocasiones, para la formación de sus juicios diagnósticos, pronósticos y terapéuticos.

Junio 1923.

## Por qué no debemos hacer nunca la esterilización profiláctica de la mujer.

CONFERENCIA DADA POR EL DOCTOR DON IGNACIO FEDRIANI, EN LA SECCIÓN CIENTÍFICA DEL COLEGIO MÉDICO DE SEVILLA EL DÍA 7 DE DICIEMBRE DE 1923.

Señores:

En primer lugar pido á ustedes que tengan benevolencia para conmigo por ser ésta la primera vez que hablo en público.

No creáis que este trabajo va á ser un trabajo de erudición y de citas de autores, no; en el tema que traigo á ustedes todos intervendremos con igual intensidad; la única diferencia



que hay, es que yo he sido el que he propuesto hablar de él y seré el primero en exponer mi modesta opinión y á continuación espero que ustedes expondrán la suya, y mucho me congratularé de que sea asintiendo á la mía, y, en caso contrario, discutiremos y hasta quizás conseguiréis convencerme, cosa que tampoco me disgustaría toda vez que mi opinión suele ir en contra de la de los clientes.

Las operaciones á que me refiero, como indica el nombre del tema, son las profilácticas no entran, por tanto, aquí; ni aquellas hechas con el fin abominable de impedir la fecundación, sin más motivo que porque al matrimonio no le conviene tener más hijos, ó porque una mujer pueda entregarse con toda libertad á los placeres sin el peligro de un embarazo, ni aquéllas otras que se hacen con un fin terapéutico, como, por ejemplo, la castración por rayos X en el curso de los procesos fibromatosos, la histerectomía por esta misma causa, ó después de una cesárea en que se ve hay peligro de infección, etc. De las operaciones que se realizan con el primer fin no me ocupo porque sé que no hay que discutir las y que aquel que las realice es un infame, que ni siquiera debiera llamarse médico, y de las segundas tampoco me ocupo, porque creo que son perfectamente realizables.

Examinemos ahora los motivos que tenemos para no realizar la esterilización con el fin de impedir la fecundación, como profilaxis de las pelvis estrechas.

El referirme sólo á las pelvis estrechas no es por considerar ésta la única indicación de la esterilización profiláctica, sino porque siendo la pelvis estrecha una causa constante, que no desaparece más que con la vida de la mujer, y siendo al mismo tiempo la causa porque se encuentra más indicado el hacerla, una vez que probemos que ni en este caso debe hacerse, quedará probado para todos los demás:

1.º Salvo la esterilización temporal que se realiza con los rayos X y que por no poderse determinar todavía bien el plazo por que se hace no debemos tenerla en cuenta, toda operación esterilizadora que se le practique á una mujer la deja estéril para toda su vida y por mucho que luego se arrepienta no podrá ser ya nunca más fecundada.

Por este solo hecho debiera pensarse mucho antes de hacer una operación de esta clase, puesto que las circunstancias varían, y mujeres que en ciertas condiciones temen el peligro y prefieren no tener hijos, puede llegarles el momento en que con gusto expondrían la vida con tal de tener uno. Tal sucede á veces con las cuestiones de intereses en las cuales según tenga hijos ó no, puede ó no puede pasar á ella el capital.

2.º Por sencilla que sea una operación esterilizadora siempre es importante. Con efecto, la más sencilla, que es la ligadura de las trompas, requiere abrir el peritoneo, lo cual expone á infección. En cuanto á las otras todas son más graves; pues la castración por rayos X, que á primera vista parece la más inocua, sabemos que destruye el ovario cuya importancia como glándula de secreción interna es de todos conocida, y la histerectomía ha sido siempre tenida por una de las operaciones que más shock traumático producen.

3.º Que toda mujer que se esteriliza sufre una depresión moral, pues al verse privada de la facultad de reproducir, aunque sea por su gusto, se encuentra en un nivel inferior á las demás.

Y 4.º Todos estos inconvenientes se disminuirían si este fuera el único medio que contáramos para impedir la fecundación, cuando llegara el caso (que ya veremos que difícil es que llegue), pero no; hay otro medio más sencillo, racional y completo; la no realización del coito, ó sea la abstención. El coito, como todos sabemos, es un acto fisiológico y natural, pero no necesario; por tanto, todo matrimonio que sea

advertido de que la mujer corre peligro si tiene un nuevo parto, puede evitarlo perfectamente sin necesidad del médico y sin alentar lo más mínimo á la moral, con sólo abstenerse de realizar el coito, y siempre que á la mujer le convenga, por circunstancias especiales, puede encontrarse en perfecto estado sus facultades generatrices.

También debemos tener en cuenta qué motivos nos lanzan á hacer dicha esterilización. ¿Cuándo se considera una pelvis lo suficientemente estrecha para que no pueda realizarse en ella el parto por las vías naturales? Según la estadística que hice con motivo de mi tesis doctoral sobre estrecheces pélvicas, he podido comprobar que hasta en una pelvis de 8  $\frac{1}{2}$  centímetros de conjugado diagonal puede darse un parto normal; así, pues, en una nulípara, salvo caso excepcional, casi no puede asegurarse que el parto no podrá realizarse por las vías naturales. Por lo tanto, es necesario que haya habido varios partos y que todos hayan tenido un fin catastrófico ó hayan sido terminados por cesárea. El hecho solo de que los partos hayan sido catastróficos no basta para que sea indicación; es necesario que lo fueran á pesar de haber sido dirigidos por persona entendida en la materia; lo mismo que el hecho solo de una operación cesárea no basta para practicar la esterilización, pues yo conozco persona que lleva ya sufridas hasta tres cesáreas. Por tanto, el hecho solo de que el parto no pueda terminarse por sus vías naturales no le hace tributaria de una esterilización; es preciso que, además, se reúnan otras indicaciones.

Entre ellas están las que suelen traer á cuento todos los defensores de esta idea, y la cual no es otra que la escasez de medios para practicar una cesárea ulterior. A esto he de oponer que sólo se encuentran en estas condiciones las enfermas que vivan en algunos pueblos, pues las que vivan en capitales, por pobres que sean, siempre contarán, por lo menos, con un buen hospital en donde poder ser asistidas y operadas; por lo tanto, la circunstancia de no poder realizar la cesárea no es constante y absoluta, sino pasajera y relativa; es así, que siendo sólo una circunstancia temporal, no debemos hacer una esterilización, que será ya para siempre, sino recomendaremos la abstención del coito, que impedirá la fecundación sólo el tiempo que dure esta circunstancia.

Sólo nos quedan aquellos casos en que se han practicado varias cesáreas, y creemos que la cicatriz uterina no será capaz de resistir la distensión producida por un nuevo embarazo. ¿Cómo probarlo? Ya va siendo viejo el saber que las cicatrices del útero se regeneran hasta tal punto, que casi no se conoce donde estaban, y en prueba de ello, puede consultarse lo que dicen á este respecto los Sres. Audebert y Rascal y los Sres. Audebert y Fournier, de la Sociedad Obstétrica de Toulouse, en sus respectivos trabajos «Estudio histológico de dos cicatrices uterinas, postcesáreas» y «Reflexiones sobre una serie de ocho operaciones cesáreas, cinco conservadoras y tres mutiladoras (Porro)», aparecidos en el número 6 de *Bulletin de la Société d'Obstetrique et de Gynecologie de Paris*, año 1923. Por tanto, mientras el útero esté sano parece natural que la cicatriz pueda resistir y que no hay una indicación absoluta.

Sé que á esto me diréis que hay casos en que al hacer la cesárea se considera al ver el útero que es débil y que aquella cicatriz no quedará en buenas condiciones. Entonces, señores, varía la cosa, entonces nos encontramos en presencia de un útero enfermo y debemos extirparlo, y ya pasamos al caso de las operaciones esterilizadoras con fin terapéutico, ó sea de las que no tienen por fin último impedir la fecundación.

Bien está que al matrimonio se le advierta de los peligros que corre la mujer de estrechez pélvica al hacerse em-



barazada, y si ellos ante el peligro tienen miedo y deciden la abstención del coito, ellos allá, pero de esto, á que el médico se preste á privar á una mujer de una facultad tan importante como la de la generación, por un peligro más ó menos remoto y para conseguir únicamente la libertad para el goce sexual, va mucha diferencia.

He dicho.

## Bibliografía.

METHODIK DER RÖNTGENTIEFENTHERAPIE, VOM PHYSIKALISCHEN STANDPUNKT, de los Dres. Ernst Pohle y Hans Jätre, con un prólogo del profesor Dr. Friedrich Dessauer.

Forma el tomo IV de las monografías que se publican en Frankfurt y dedicadas principalmente al estudio del tratamiento del cáncer por medio de los rayos Roentgen.

En la que nos ocupa, que consta de 56 páginas, ilustrada con 21 figuras, después de exponer las nociones fundamentales de Física, conocidas hoy por los trabajos de la Escuela de Frankfurt, relativas principalmente á cocientes de dosis obtenidas con diferentes distancias foco-piel, campos de entrada, tensiones y filtro, se ocupa del tratamiento del carcinoma de la mama, del recto, útero, de la dosis de castración de la mujer y del tratamiento del carcinoma laríngeo, ilustrando el texto con curvas de absorción de rayos, que demuestran los diferentes tantos por ciento que son posibles de hacer llegar á distintas profundidades, según las distintas condiciones en que se trabaje, completadas con el empleo de capas de parafina para obtener la homogeneidad en el espacio lo más perfecta posible, según las ideas del profesor Dessauer, concebidos hace tantos años.

DRES. J. Y S. RATERA.

## Periódicos médicos.

### TERAPEUTICA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Novasurol y diuresis.**—El Dr. Fernando A. Gallin publica las dos siguientes notas clínicas:

M. C., argentino, veintiséis años, soltero, empleado.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia. Únicamente dice tener dos tíos tuberculosos.

*Antecedentes personales.*—No recuerda haber tenido ninguna enfermedad en su infancia.

En su adolescencia resfríos á repetición.

Niega venéreas y sífilis.

Regular fumador. No es bebedor.

Generalmente constipado.

Tuvo á los diez y nueve años fuerte gripe, tardando un mes en curar, pero nunca quedó «fuerte» como antes, presentándosele un estado inapetente con intermitencias.

*Enfermedad actual.*—Se inicia hace tres años con edemas blandos en ambas piernas y muslos, dejando godet á la presión.

Nos manifiesta que á no haber mediado la circunstancia de los edemas, él no se hubiera dado cuenta de su enfermedad por cuanto no sintió ninguna particularidad, y esto se le presenta sin darse cuenta. Consulta un facultativo, quien lo pone á régimen lácteo-vegetariano y le ordena sellos de xantosa, curando dentro del mes de presentarse el cuadro.

Sin embargo, al mismo tiempo que le desaparecen los edemas nota un aumento del vientre, con sensación de des-

plazamiento y se acompaña de abundante diarrea, ocho ó diez deposiciones, sin sangre, ni flujos.

También se le hinchan ambas rodillas y tiene ligera disnea, pues nota un dolor difuso precordial y una especie de abovedamiento de la región precordial.

El facultativo lo pone nuevamente á régimen, diuréticos y opio al interior. Mejora dos días, pero al tercero nota que el tamaño del vientre aumenta y aparece en el hemitórax derecho una puntada de costado ligera, con muy poca temperatura, decidiendo ingresar al servicio.

Como había una oliguria de 500 á pesar de la diuretica, el facultativo le dió suero glucosado y suero de vena renal de cabra, casi con resultado negativo.

Como tiene una pequeña disnea, y el tamaño del vientre aumenta, resuelve ingresar al servicio.

El facultativo antedicho le prescribió píldoras de escila, escamonea y digital (nos muestra la receta), consiguiendo una ligera progresión en la diuresis (750 gramos diarios).

El suero de vena renal de cabra fué lo que aumentó la diuresis á un grado más alto, 850 gramos, pero al día siguiente de la inyección bajó á 500 nuevamente.

Al ingreso en este servicio el enfermo presenta el siguiente estado prolijamente levantado.

*Estado actual.*—Sujeto en deficiente estado de nutrición, con edemas numerosos, cicatrices crónicas y acronicoanectodéricas diseminadas.

En abdomen inferior, escroto, muslos, cara posterior del codo derecho, presenta una dermatitis pruriginosa con *gratage* que pica mucho, sobre todo por la noche, después que el cuerpo entra en calor.

Edema generalizado, en piernas, tórax, carrillos, párpados; nos manifiesta que el edema de la pared torácica era mucho más pronunciado en la región precordial; hoy ya no es así y tampoco siento los dolores del principio.

Los edemas se acumulan en los declives y son blandos.

En la región inguinal derecha se observan dos cicatrices pigmentadas y retráctiles, resultado de una intervención quirúrgica que le hicieron por una adenitis crónica que por supurar no tenía ninguna tendencia á la cicatrización, la que tardó más de un mes en producirse.

Sistema piloso poco desarrollado, cabellos secos y caen con mucha facilidad.

Se palpan ganglios inguinoaxilares, duros, no adherentes, del tamaño de una arveja. Dermografismo tardío. En abdomen se halla la raya blanca de Sargent.

Las cejas depiladas tipo Levy-Rotschild. Disnea subjetiva. No se comprueba objetivamente.

*Decúbito.*—Facultativo, de preferencia dorsal.

*Cabeza.*—Cráneo pequeño, con depilación pronunciada bitemporoparietal. Cabellos secos, lisos; caen con facilidad.

*Cara.*—Facies de poco inteligente, con edema en ambos carrillos; dejan *godet* á la presión.

*Boca.*—Labios gruesos. Interiormente se encuentran las mucosas pálidas, en el paladar ojival se ve la hoja de primavera, descrita por algunos autores como signo de bacilosis pulmonar y que para nosotros significa ligera anemia, cualquiera que fuese su origen.

*Fauces.*—Libres.

*Lengua.*—Conformación y motilidad normal.

Húmeda, saburral, con ligero picor en los bordes. Hay una glositis marginal.

*Ojos.*—Conjuntivas anémicas. Motilidad óculo palpebral normal. Pupilas irregulares, desiguales,  $D > I$ .

Reaccionan normalmente á la luz y á la acomodación.

Reflejo consensual normal. Pterigión doble. Campo visual normal.



*Organos del olfato y gusto.*—Normales.

*Oídos.*—Bien conformados. Acuidad auditiva disminuída en lado derecho.

*Cuello.*—Delgado, con ligera ingurgitación venosa. Escasos latidos arteriovenosos. Estruma tiroideo normalmente desarrollado (maniobra de Maraño).

*Tórax.*—Con edemas en las paredes, especialmente en el lado posterior. Escasa movilidad de las bases. Los dos quintos posteriores presentan las vibraciones abolidas. Por delante las vibraciones vocales no están alteradas. La percusión acusa matitez en todo el nivel de abolición de las vibraciones. En el resto hay sonoridad. A nivel de la matitez no se ausculta nada. En vértice derecho hay espiración prolongada y ligeramente sopla inspiración.

*Signos funcionales.*—Pequeña disnea, que tiene 23 respiraciones por minuto de tipo costoabdominal. Escasa tos, con expectoración seromucosa, aunque se hace seropurulenta intermitentemente.

*Aparato circulatorio.*—Punta se ve latir débilmente en el quinto espacio intercostal a  $\frac{1}{2}$  centímetro de la línea mamilar. Se desplaza muy poco la punta en los cambios de posición. El área percutoria es normal, no pudiendo obtenerse una buena gráfica debido a que la región precordial era muy dolorosa a la percusión, aun en forma suave. Se auscultan algunos frotos pericárdicos en lugares habituales. Los tonos se hallan apagados en todos los focos.

*Pulso.*—Regular, igual, rítmico, hipotenso. Máxima 12. Mínima  $7\frac{1}{2}$  al Lyan, en decúbico (humeral).

Frecuencia de 95 a 100 por minuto. Reflejos de Achneser y sóleo cardíaco negativo.

Sistema arterial periférico. Nada de particular.

La resistencia cardíaca, al esfuerzo produce la impresión de una disminución de la potencia central.

*Espacio de Traube.*—Libre.

*Abdomen.*—Ventre globuloso, pero no en forma de batreo, sino en sentido longitudinal.

Paredes infiltradas de edemas. Hay reflejo de defensa sumamente difícil de hacer desaparecer y, por lo tanto, difícil una buena palpación. Agréguese abundante ascitis. La mitad superior del abdomen con tensión exagerada por meteorismo.

La onda líquida se siente intensamente por procedimiento palpopercutorio lumbabdómnico de Bard y también, aunque débilmente, por procedimiento común.

Poco desplazamiento de la matitez hídrica, por los cambios de posición del enfermo. No hay circulación colateral.

Al hacerlo sentar se observa perfectamente bien el conocido signo de Forgue, quien atribuye gran importancia para el diagnóstico de las peritonitis a Koch.

*Bazo.*—Área percutoria normal, doloroso al percutir y en los movimientos. ¿Periesplenitis?

*Hígado.*—Se percute en límites normales. Borde inferior no se palpa, sumamente difícil por lo demás por el estado del abdomen del cual dimos cuenta ya anteriormente.

*Adenopatía inguinal ya descrita.*

*Aparato urinario.*—No se comprueba ninguna particularidad. Exámenes de orina, véanse después.

*Aparato genital.*—Abundante edema de las bolsas que hace casi desaparecer el miembro.

Frigidez sexual.

*Sistema nervioso.*—Hiporreflexia tendinosa. Cutáneos normales, no se toman bien. Sensibilidad normal.

*Evolución.*—Se punza su ascitis al día siguiente de su ingreso al servicio y se extraen 2.700 gramos de líquido quíloso típico, poca tensión, con un tenor de 65 por 100 en albúmina.

Poca cantidad de fibrina.

Como es probablemente de origen tuberculoso, se investiga el bacilo de Koch, dando resultado negativo, no así la inoculación al cobayo, que dió franco resultado positivo.

Se extraen 1.100 gramos de su hidrotórax al tercer día.

Se prescribe régimen lácteo, drástico, teobromina, tintura de iodo en el abdomen y sellos de tanino y benzonaftol.

Como fracasan los diuréticos, nos vimos obligados a usar el novasurol, 1 c. c. intramuscular. Aumenta la diuresis de 355 gramos a dos litros y 300 gramos; al día siguiente orina 900 gramos.

Nueva inyección de 1 c. c. de novasurol, y orina 1.900 gramos; al día siguiente 1.200 gramos.

Otra nueva inyección y produce una diuresis de 2 litros 180 gramos; al día siguiente 1.600 gramos.

A la cuarta inyección, la diuresis se mantiene entre 1.800 y 2.000 gramos.

Como sus edemas casi desaparecieran y el enfermo se sintiera mucho mejor, muy a pesar nuestro, sus parientes se resisten a que siga en el hospital, y lo llevan, no sabiendo después nada de su estado ulterior.

Los exámenes de sangre, he aquí lo que puedan tener de interés:

Febrero 26: Glóbulos rojos, 4.050.000; glóbulos blancos, 12.000; relación globular, 1 por 400; hemoglobina, en volumen 80 por 100; glóbulos rojos, ligera anisocitosis; polinucleares neutrófilos, 88 por 100; polinucleares eosinófilos, 1 por 100; polinucleares basófilos, 0,50 por 100; linfocitos, 5 por 100; mononucleares grandes, 5 por 100; mononucleares medianos, 2 por 100; transición, 1 por 100; leucocitoides, 1 por 100; índice de polimorfonucleares, 2,95 por 100; imagen de Arneth, normal.

Marzo 7: Serorreacción de Wassermann (—).

Marzo 8: Serorreacción de Wassermann en líquido cefalorraquídeo (negativa). Albúmina, 0,54 por 1.000 en el mismo.

Marzo: Bacilos de Koch en esputos, negativo (dos veces).

Febrero 27: En examen de orina, lo único digno de mención: vestigios de escatol, indican, cloruros, 2,90 por 1.000 (está a régimen lácteo).

Urea, 16,10 por 1.000, No hay elementos anormales.

Marzo 1.º: Nuevo examen de orina. Se alimenta con puré y farináceas.

Cloruros, 8,25 gramos por 1.000.

Materias minerales, 15,86. Vestigios de serina. No hay elementos anormales.

Marzo 3: Nuevo examen de orina (no hay elementos anormales). El líquido de ascitis es quíloso, muy fibroso, hiperalbúminoso; dando la inyección al cobayo, resultado positivo.

De todo lo dicho, llama la atención el resultado magnífico obtenido por el novasurol, máxime si tenemos en cuenta que su acción debió ejercerse no en un caso común de renal, sino en un sujeto con numerosa sintomatología, cuyas múltiples serosas se hallaban en muy deficiente estado de conservación.

Agréguese a esto que fué un enfermo en quien los numerosos diuréticos, desde los más débiles hasta los más enérgicos, habían fracasado lamentablemente.

Para mayor ilustración de este trabajo, agregaré un caso más, cedido gentilmente por mi amigo y compañero de sala, Dr. Santiago González.

He aquí el caso en grandes líneas, para hacer constar únicamente los datos de interés:

M. A., setenta y dos años, español, casado.



**Enfermedad actual.**—Comienza su actual proceso con cefaleas, mareos, dolores óseos especialmente localizados en las articulaciones de los miembros; astenia pronunciada, anorexia, oliguria pronunciada desde hace tres días.

A pesar de la medicación, se pronuncia el estado, agravándose considerablemente su estado, llegando al quinto día a un estado semicomatoso caracterizado por la siguiente sintomatología: temperatura muy elevada, de 40 á 41,4 décimas, oliguria, casi anuria, con incontinencia de orinas y materias fecales, congestión cefálica intensa, cara vultuosa, mareos, convulsiones, delirio, congestión de ambas bases pulmonares.

Fuerte hipertensión del pulso (no se tomó con ningún aparato).

Su lengua era seca, con polidipsia, su conocimiento era muy confuso, sobre todo de las personas que lo rodeaban; una insensibilidad casi absoluta remataba el cuadro clínico.

En este estado comatoso pasa tres días consecutivos sin ingerir alimento alguno, sin manifestar tendencia alguna a reaccionar, á pesar de hacérsele la medicación conveniente.

Efectivamente; se hace una abundante sangría, ventosas escarificadas, revulsión, teobromina, drásticos, enemas, hielo á la cabeza, aceite alcanforado, lactosa, suero glucosado, etcétera.

Previo consulta con otro facultativo, quien manifestó la inutilidad de tentar ningún resorte terapéutico á más de los ya efectuados, se hace 1 c. c. de novasurol endovenoso.

Al día siguiente se efectúa una abundante diuresis, cuya cantidad no se pudo precisar dada la incontinencia del enfermo, el que mojó todas sus ropas de cama, y colchón inclusive, por dos veces.

Como reaccionara favorablemente, al día siguiente se efectúa otra inyección de 2 c. c. endovenosa nuevamente, eliminando abundantemente, obteniéndose el retroceso á pasos rápidos, de su gravísimo estado, casi mortal.

Se continuó unos días más, y actualmente el hombre se halla fuera de peligro, tranquilo, en muy buen estado, con gran sorpresa del facultativo de la consulta y de los otros que lo habían atendido antes.

Este nuevo triunfo, sumado á los ya anteriormente citados por nosotros, hace un fuerte argumento á nuestra tesis, y pensamos seguir adelante experimentando, á fin de dar á conocer los resultados que vayamos obteniendo.

**Conclusiones.**—1.<sup>a</sup> El novasurol es un poderoso diurético, cuyo uso sumamente limitado, debiera generalizarse.

2.<sup>a</sup> Sus peligros se han exagerado en sumo grado, necesitando, naturalmente, un dosaje riguroso, como tantos otros medicamentos, cuyo uso no ha sido limitado por ello. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 18 de Octubre de 1923.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

#### 2. Sobre el tratamiento de los quistes hidatídicos del pulmón, por el Dr. B. Peritchitch (de Yugoslavia).—

El autor dice haber observado 18 casos de esta enfermedad, cuyas historias relata. Considera como una fortuna para el enfermo el vaciamiento del quiste en los bronquios. Algunas veces, dice, será preciso apresurarse á operar porque la curación no sobreviene después de la vómica, pero, en general, el quiste hidatídico abierto en los bronquios cura sin necesidad de operación, cosa que conviene tener en cuenta en los servicios de Cirugía en los que ordinariamente se suele pecar por espíritu de intervención, más bien que por el de abstención.

Si el quiste, todavía cerrado, está muy próximo á la superficie lateral del pulmón, se debe operar por toracotomía, pero si la localización es central ó el quiste ha empe-

zado á expectorarse, entonces no habrá que hacer otra cosa, en el primer caso, que esperar, y, en el segundo, que favorecer la expectoración con los remedios usuales en las bronquitis, vigilando la marcha de la enfermedad por si en algún momento se presentase la necesidad de operar, lo que suele ocurrir en raros casos.

Como dato curioso señala el autor el hecho de que la expectoración aun de grandes membranas hidatídicas por enfermos pequeños suele tener lugar sin gran trabajo.

El diagnóstico exacto de quiste del pulmón requiere el empleo de la radioscopia y en los casos dudosos resultará también ventajoso recurrir á la reacción intradérmica preconizada recientemente por Botteri. (*Paris Medical*, núm. 37, 15 de Septiembre de 1923).—T. R. Y.

3. **El estovarsol cura rápidamente la disenteria amebiana, por E. Marchoux.**—Aunque la emetina produce de ordinario la curación de la disenteria amebiana, en ocasiones es necesario repetir muchas series de inyecciones para conseguirlo. Por ello, se ha empleado el yoduro doble de emetina y de bismuto, con ventaja en algunos casos rebeldes, pero el remedio es á veces difícil de soportar y no siempre da resultados definitivos. Ravaut ha introducido en el tratamiento de la disenteria el arsenobenzol, que le ha proporcionado algunos éxitos. Los resultados tan notables obtenidos en el tratamiento de los accidentes sifilíticos con el estovarsol (ácido oxyaminofenilar-sénico), administrado por vía bucal, ha llevado al autor á ensayar la acción de esta substancia contra las amebas disentericas. Ha visto desde el primer momento que dosis relativamente débiles, hacían desaparecer de las heces los quistes que persistían á pesar de la emetina. Esta acción es particularmente rápida cuando se trata de quistes de *ameba coli*. Tres enfermos han curado por completo por la administración durante diez días de dos comprimidos diarios de 0,25 gramos en las dos principales comidas. El éxito ha sido notable también con los quistes de *ameba dysenteriae*; 20 comprimidos (dos cada día), han hecho desaparecer todos los quistes de un enfermo crónico, con cuatro años de enfermedad. En dos casos en que existían amebas móviles, igual cantidad de medicamento suprimió todo parásito visible, pero aparecieron de nuevo diez días después de cesar el tratamiento; una nueva cura logró éxito completo en uno de los casos; el otro tuvo una recaída á la quinta semana. En este enfermo se obtuvo la curación con un solo comprimido de 0,25 gramos cada dos días durante dos meses. Parece, por lo tanto, que las dosis pequeñas son más eficaces. El autor recomienda estas dosis pequeñas como regla general para el tratamiento de los casos crónicos con quistes, sin amebas en las heces. Se obtienen resultados perfectos á las cinco semanas. (*Bull. de la Soc. de Path. Exot* 14 de Febrero de 1923, pág. 79).—E. LUENGO.

#### DERMATOLOGIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El problema de la lesión inicial de la lepra, por L. Gómez.**—Poco se sabe del período inicial de la lepra. Una simple mancha de la piel puede dar origen á la lepra, según unos; según otros, una mucosa, especialmente la de la nariz, puede ser el lugar de la lesión inicial. Para la mayoría de los médicos filipinos, la lepra empieza principalmente en la nariz. Gómez, Avellana y Nicolás, estudiando los niños leprosos, que podían vigilarse bien, han observado que la manifestación más frecuente y más temprana de la enfermedad es la aparición en la piel de manchas blanquecinas, libres por completo de síntomas subjetivos: estas manchas son suaves y están á ras de la piel, con bordes irregulares, sin producir



ningún contraste notable con la piel que les rodea. Bacteriológicamente siempre que los análisis nasales resultaban positivos, lo era también el de las lesiones cutáneas, pero, sin embargo, hubo niños que bacteriológicamente positivos en la piel, eran bacteriológicamente negativos en la nariz. Estos hallazgos de Culión entre los hijos de los leprosos, contribuyen á demostrar que la piel es el lugar más frecuente de las lesiones primitivas de la lepra. De una estadística de cerca de 100 leprosos de los más inteligentes, publicada por el autor, resulta que el síntoma primeramente observado por los enfermos adultos es un entumecimiento de las extremidades, sobre todo de las inferiores, síntoma, por lo tanto, atribuible al sistema nervioso; luego sigue en frecuencia, como primera manifestación, la aparición de manchas rojas, generalmente en la cara, con mucha frecuencia en la mejilla; siguen después las manchas blancas, y, finalmente, en algunos casos el primer síntoma observado fué la aparición de nódulos, con frecuencia generalizados. Por lo tanto, no es posible señalar con exactitud la lesión inicial de la lepra. Es probable que el germen causal penetre en el organismo sin producir cambios externos en muchos casos; después se multiplica en los espacios linfáticos y se propaga por todo el organismo, especialmente á lo largo de los espacios linfáticos perineurales. El punto de entrada podría ser muy bien la nariz, ó la piel, sin necesidad de causar algún trastorno local que lo indique. (*The Journ. of the Philippine Islands Medical Association*, núm. 5, Octubre de 1923.)—E. LUENGO

2. **Las manifestaciones oculares en la lepra, observadas en Culión (Islas Filipinas), por A. S. Fernando.**—El autor ha tenido ocasión de observar 232 lesiones oculares en 400 casos de lepra examinados en la leprosería de Culión, una de las mayores del mundo. Estas complicaciones oculares son frecuentes sobre todo en los casos avanzados (95 por 100 de los casos); en los casos moderados, la proporción es del 66 por 100. La forma nodular va siempre, al parecer, acompañada de estas complicaciones, á menos que el enfermo muera en seguida. En Culión, el 63 por 100 de los casos de tipo mixto las presentan; el 20 por 100 de las de tipo cutáneo; el 12 por 100 de las del nervioso y el 5 por 100 del tipo máculo-anestésico. De los 400 leprosos examinados por el autor, 178 presentaban lesiones de los anejos, consistentes en infiltración de las cejas y párpados y caída del pelo, y en 125 las lesiones afectaban al globo ocular (iritis, queratitis, lepromas de la conjuntiva, lagofthalmos, etcétera). Las lesiones que afectan al iris, región ciliar y córnea, conducen finalmente á la ceguera. En cuanto al tratamiento de las complicaciones oculares de la lepra, debe hacerse de acuerdo con los principios oftalmológicos, sin que esto implique el abandono del tratamiento específico (?) de la enfermedad. La inyección del éter etílico de aceite de chaulmoogra con iodo produce escalofríos seguidos de fiebre elevada y agudización de antiguas lesiones; el ojo también participa en la reacción; enfermos sanos del ojo se quejan de dolor, enrojecimiento y marcada fotofobia que desaparecen al cabo de algunos días; en los que ya padecían iritis crónica, iridociclitis ó queratitis, puede ocurrir la pérdida de la vista en pocos días. Como tratamiento, en los casos precoces de iritis, la atropina, compresas calientes y constantes y vendaje del ojo dan buenos resultados, pero en los casos graves los midriásicos son ineficaces. En las iridociclitis graves con hipertensión de la cámara anterior se puede practicar una paracentesis. La episcleritis puede tratarse muy bien por el termocauterio (preferentemente galvanocauterio) profundo; así se puede evitar la complicación del limbo, considerándose el tejido cicatricial como una barrera contra la invasión bacilar. (*The Journ. of the Islands Philip-*

*pine Medical Association*, núm. 5, Septiembre-Octubre, 1923.)—E. LUENGO.

3. **Notas preliminares sobre los resultados del tratamiento de la lepra en la colonia leprosa de Culión, por H. W. Wade.**—4.067 casos de lepra tratados desde 1.º de Julio de 1921 al 30 de Septiembre de 1922. El 30 por 100 de estos casos recibieron los esteres etílicos de chaulmoogra sin mezcla, de los cuales mejoraron el 53 por 100. El 75 por 100 recibió los esteres etílicos de chaulmoogra con el 2 por 100 de iodo, mejorando el 56 por 100. Sin embargo, esta ventaja en favor del medicamento iodado es, según Wade, probablemente ilusoria. El tiempo de tratamiento varió de quince meses como máximo á menos de tres meses. Un total de prácticamente el 56 por 100 de todo el grupo, aparecen mejorados, mientras que el 36 por 100 quedan estacionarios. Los grupos más favorables tomando los varios factores influyentes en consideración, son: las mujeres, los jóvenes, aquellos recientemente infectados, los que pueden tolerar altas dosis, los que pueden y toman el tratamiento con regularidad y aquellos que no presentan reacciones ó complicaciones graves. (*The Journ. of the Islands Philippine Medical Association*, núm. 5, Septiembre-Octubre, 1923.)—E. LUENGO.

## CIRUGIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Sindactilia congénita. Resultado de una dactiloplastia en un solo tiempo con reconstitución de la comisura.**—El Dr. Ricardo Finochietto comunica el siguiente caso clínico:

P. S., de veinticuatro años de edad, se presenta al servicio portador de una sindactilia congénita que se extiende á lo largo del medio anular de la mano derecha. Pertenece á la variedad no palmada.

La falangeta del anular está en flexión, irreductible, de 45º.

La extensión, activa y pasiva, del macizo constituido por aquellos dos dedos es, por lo demás, perfecta.

El enfermo trabaja y aun toca la guitarra.

Entre el índice y el mayor de la mano izquierda existe un repliegue palmado, poco extenso y bien elástico, que no le molesta en lo más mínimo.

El enfermo solicita la intervención sobre su mano derecha, no sólo con fines estéticos, sino también para mejorar sus aptitudes musicales.

Hace ya casi un año lo operamos.

Con anestesia local se le practica la dactiloplastia en un tiempo con reconstitución de la comisura, siguiendo en todo la técnica preconizada por Enrique Finochietto en los *Anales del Círculo Médico Argentino*, de Marzo, 1904.

El dedo mayor pudo ser recubierto por completo; no así el anular, en el cual fué necesario abandonar á la cicatrización por segunda, un cuadrilongo de 3 milímetros de ancho y tan largo como el dedo colocado en su cara dorsal. Su epidermización se hizo rápidamente y sin tropiezos.

La nueva comisura está en su sitio y tiene una forma absolutamente normal. Como á su nivel no existen cicatrices, la separación pasiva de los dedos operados es tan amplia como la de sus congéneres.

La separación activa es mínima, probablemente debido á anomalías en la inserción de los tendones interóseos correspondientes ó aun á su ausencia.

Es sabido que estas malformaciones concomitantes no son raras.

En el dedo mayor las cicatrices son apenas visibles, y la



del dedo anular aparente por haber sido obtenida por segunda, no adhiere, es elástica, es muy buena.

La extensión y la flexión de esos dedos es normal. El enfermo puede «hacer el puño».

Y si el resultado estético que el enfermo anhelaba fué conseguido, no ha sido, por cierto, menor el éxito desde el punto de vista funcional.

No sólo ninguna cicatriz viciosa, etc., limita los movimientos, limitación que no es raro observar cuando se emplean procedimientos menos perfectos, sino que, como guitarrista, el enfermo ha hecho á raíz de la operación, progresos evidentes.

El paciente operado fué presentado á la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, en la sesión del 8 de Agosto de 1923.

Varias son las ventajas que la dactiloplastia de Enrique Finochietto presenta sobre las otras que conocemos.

Primeramente, su autor la ha presentado ya con la técnica bien reglada, lo que, tratándose de una plástica, facilita mucho su ejecución.

Es un procedimiento en un tiempo de lo que no podían enorgullecerse las técnicas de aquella época. La comisura resulta de todo punto normal; es reconstituída con piel delgada, no surcada por cicatrices, y los dedos que la limitan no cuelgan, como pasa con los otros procedimientos; no cuelgan separados como las piernas de algunos muñecos de tela rellena con aserrín.

El dorso de la mano no ostenta la cicatriz inherente al procedimiento de Forgue, cuyo largo colgajo puede esfacelarse en parte. Además, las comisuras obtenidas por este procedimiento son un tanto asimétricas, como he podido comprobarlo en dos casos que he examinado.

En cuanto á oportunidad operatoria, creemos que no conviene operar temprano.

La dactiloplastia en los niños de corta edad, á causa de la pequeñez de los órganos, es demasiado delicada. Los colgajos deben ser tallados con una gran precisión, y las suturas son difíciles.

Además, por los casos en los que, forzados por una ú otra causa, nos hemos dejado llevar á la operación, comprobamos que, á pesar del excelente resultado obtenido, las atroñas preexistentes no mejoran con la función ultraprecoz.

Por otra parte, el operar adultos no es tampoco un desiderátum. No sólo no hay objeto en dejar llevar durante años una deformidad muy visible, sino que, con el tiempo, la piel palmar que debe constituir uno de los colgajos, se hace casi inextensible; obligando á dejar superficies cruentas, que deben cicatrizar por segunda como en el caso que motiva estas líneas ó forzándonos á un injerto.

Es entre los cuatro y los ocho años la época más propicia; á esa edad las manos y dedos van tomando forma, sus dimensiones no son tan exiguas, la piel es bien elástica, las tareas colegiales no han comenzado aún, etc.

Mientras ella se presenta, sesiones de masajes y otros artificios, nos permitirán, si no separar los dedos, estirar y dar amplitud á la piel que pasa en puente de uno á otro; ir transformando, por decirlo con exageración, á la sindactilia no palmada en una palmada. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 18 de Octubre de 1923.)

## MEDICINA INTERNA

### EN LENGUA EXTRANJERA

#### 1. Los pollextractos catalizados en el tratamiento de las enfermedades venosas y de los trastornos con-

gestivos de la función ovárica, por F. Miriel.—Se llama catalizador á toda substancia que sin aparecer en los productos terminales de una reacción, modifica la rapidez de esta reacción: la analogía de la acción catalítica con las acciones diastásicas es sorprendente, pudiéndose realizar hoy, con la ayuda de catalizadores minerales, casi todas las operaciones diastásicas. Todo parece indicar que las diastasas son á su vez catalizadores, es decir, cuerpos que intervienen únicamente acelerando la rapidez de una reacción comenzada fuera de ellos. Según la comparación de Bredig, estos cuerpos obran como las substancias que lubrican los órganos de algunas máquinas de energía y las hacen marchar más de prisa.

De conformidad con estas nociones, el autor ha estudiado la acción terapéutica de un cierto número de principios extractivos vegetales reforzados por un catalizador, habiéndose dirigido principalmente tales estudios sobre algunos «simples» reputados por su acción calmante, descongestionante, hemostática, sedante y emenagoga, y eligiendo como catalizador el manganeso que parece hallarse dotado de propiedades particularmente activas. He aquí la fórmula utilizada al efecto:

#### Principios activos de:

Castaña de India.....	0,02
Vivurnum prunifolium.....	0,08
Hamamelis virginica.....	0,08
Hidrastris canadensis.....	0,08
Ficaria.....	0,08
Yerba cana.....	0,08
Artemisa.....	0,08
Capsicum annum.....	0,08
Manganeso.....	0,004

Para tomar en dos veces en las veinticuatro horas.

Esta medicación ha proporcionado al autor excelentes resultados en las varices, úlceras varicosas, flebitis y hemorroides, en algunas enfermas amenorreicas y dismenorreicas y, en fin, en ciertos trastornos de la menopausia. (*Tesis de París*, 1923).—T. R. Y.

## BACTERIOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. El bacteriófago de Herelle, por M. Handuoy.—Parece ser que existe en el intestino un microbio invisible, el bacteriófago intestinal, cuyas propiedades sumamente curiosas han sido puestas de manifiesto por Herelle, dando lugar á interesantes aplicaciones prácticas.

Póngase en la estufa caldo ordinario estéril, al cual se ha mezclado una cierta dosis de cámaras de disenterico en período de convalecencia. Veinticuatro horas después fíltrese el cultivo así obtenido. Si se añade algunas gotas de este filtrado á un cultivo reciente de bacilos de Shiga se puede ver, al cabo de tres á cuatro horas de estufa, que la preparación se pone clara y límpida, en tanto que los tubos testigos están, por el contrario, turbios. El filtrado inicial habría, pues, «lisado» los microbios del cultivo de Shiga. A esta propiedad esencial, señalada por Herelle, el autor añade las siguientes: el bacteriófago atraviesa los filtros más espesos; es una substancia viva, cuya virulencia se puede exaltar y disminuir; es susceptible de adaptación; puede dar lugar á anticuerpos; resiste al fluoruro de sodio y al cloroformo; es precipitable por el alcohol; puede ser absorbido por un gran número de substancias; no obra en medio ácido; muere por el calor á más de 100°, y, por último, no lisa más que microbios vivos.

El autor le clasifica entre los virus filtrantes, ó mejor, entre los virus invisibles. (*Progrés Medical*, 14 de Julio 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 socorros.*

**SUMARIO:** Sección profesional: Boletín de la semana, por *Diego Carlián*.—Carta abierta, por *Antonio Piga*.—Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por *Sedital*.—Real Academia Nacional de Medicina: Programa de premios y socorros para 1924 y 1925.—Protección Médica.—Sección oficial: Instrucción Pública y Bellas Artes.—Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Boletín de la semana.

## La inauguración de la Real Academia Nacional de Medicina.

El domingo 13, á las cuatro de la tarde, se efectuó en su salón de la calle de Arrieta la inauguración del curso literario de la Real Academia Nacional de Medicina para 1924. La sesión estuvo aún más concurrida que de costumbre, así en su representación interna, por el número de miembros numerarios y corresponsales, como en la externa, significada por un lucido y numeroso público en el que se veían muchas señoras, jóvenes médicos é individuos de la clase escolar.

Ocupaban la mesa únicamente miembros de la Junta directiva presididos por el Dr. Cortezo, y á la hora en punto comenzó la lectura de la Memoria de Secretaría el Dr. Pulido dando cuenta con minuciosa exactitud de los trabajos realizados por la Corporación en el curso anterior y haciéndolo con el correcto y galán estilo que constituye el rasgo saliente de la personalidad literaria de nuestro amigo.

Estas Memorias de Secretaría, que en cada una de ellas parece no encerrar más que un interés circunstancial y transitorio, constituyen en realidad y en su conjunto un archivo compuesto de verdaderos anales en que podrá hallar el historiador la crónica del desarrollo de nuestra cultura médica nacional. El Dr. Pulido se ha percatado bien de este espíritu en su labor anual y continúa con ventaja la tradición que sus antecesores le dejaron señalada. Terminada esta lectura, comenzó el doctor Isla Bolomburu la de trabajo doctrinal, que le estaba encomendado por la sucesión rigurosa del escalafón académico, no rehuyendo él el cumplimiento de este deber, por darse buena cuenta de lo que en la vida de la Corporación y en la de cada uno de sus individuos significan estos trabajos anuales, que si en la existencia de la colectividad son un accidente constitutivo de una cadena de aportaciones estimables, en la de cada académico que desempeña este cometido, viene á representar como el testamento sintético de una vida de estudio, de reflexión y de práctica.

Bien demostró ambos conceptos el antiguo decano (hoy honorario) del Cuerpo Médico de la Beneficencia provincial de Madrid, y su trabajo, que versó sobre el Shock quirúrgico, puede considerarse como modelo en su género y como demostración del realce que presta á una copiosa y bien adquirida erudición científica, un estilo sobrio, correcto y elegante.

Cesados los aplausos con que ambos escritos fueron acogidos, se procedió á la distribución de los premios, socorros y distinciones que en larga lista fueron enumerados por el Secretario, y según los cuales resulta, para elogio de la clase médica española, que es nuestra Academia Nacional la que mayor número de premios y distribuciones anuales otorga, llegando en este año, por la previsión caritativa del difunto Rodríguez Abaytúa, á hacer extensiva su acción patriótica y pedagógica á los niños de las Escuelas de Madrid, que fueron recibidos con aplauso de simpatía cuando uno á uno se acercaban á la mesa, recibían su cartilla de ahorro y la cariñosa felicitación de la Presidencia.

Por lo que pudimos oír, el curso que comienza no será menos próspero que el anterior, estando ya anunciadas para el mes de Febrero conferencias de los Sres. Pulido, Carracido, Marañón, Goyanes y Pittaluga, y para los temas de las sesiones literarias, asuntos interesantes que llevarán los señores Pascual, Fernández Sanz, Pittaluga, Pulido Martín, Gimeno (D. Vicente), Valle Aldabalde, etc.

Si á esto, que en la Academia madre se puede observar con complacencia, se agrega el perfecto desempeño de la labor periódica cultural, progresiva y humanitaria de las demás Sociedades de carácter menos oficial, ó completamente libres, como son la Academia Médico-Quirúrgica, la Sociedad Española de Higiene, las Sociedades Ginecológica, Oftalmológica, de Pediatría, de Enfermedades Internas, de Dermatología y Sifiliografía y varias otras, todas estimables, dignas de emulación y aplauso, que periódicamente recogen y examinan las aportaciones de los diferentes especialistas que las componen, se comprenderá toda la injusticia que hay en la actitud estudiada de mal entendido



desdén con que se pretende juzgar la labor científica de nuestro país. Y si esto sucede en Madrid, no debe olvidarse lo que análogamente ocurre en Barcelona, en Valencia, en Sevilla, en Cádiz, en Zaragoza y en otras ciudades y Centros universitarios, y comprender que debemos ir corrigiendo nuestra actitud escéptica y nuestro desaliento injustificado, pues, después de todo, la experiencia y el conocimiento que *de visu* hemos adquirido de lo que acontece en otros países, nos permite asegurar que no tenemos por qué humillarnos, aunque todavía debamos estimarla ejemplaridad que algunos, no todos, nos ofrecen.

Ya que en otros asuntos no podamos las clases sanitarias tener hoy (al menos en estos días) la actividad organizadora cuya realización anhelamos, demostremos en el terreno científico de lo que somos capaces, y lo que podemos aspirar.

DECIO CARLAN

## CARTA ABIERTA

Excmo. Sr. Dr. D. Carlos María Cort zo.

Mi ilustre, respetable y querido amigo: Pongo delante de los conceptos que en esta carta he de exponer, las debidas excusas por mi atrevimiento al escribirla y la espontánea declaración de que si tomo la pluma no es para ocasionar molestias, sino para remediar las que otros produjeron, seguramente sin ánimo de lograr tan desagradable resultado.

Es el caso, dilecto y venerado amigo, que «Decio Carlán», á quien usted, según me dicen, trata íntimamente, ha escrito en el núm. 3.656 de EL SIGLO MEDICO una crónica tan llena de eufemismos que, la verdad, dejarla sin una respetuosa protesta y un cortés comentario equivaldría á renunciar á un derecho siempre legítimo: el de defensa contra inmotivados ataques. En este sentido, y en nombre de unos cuantos colegas que luchamos en las pasadas elecciones del Colegio Provincial de Médicos de Madrid, en noble pugna con los que triunfaron, me permito dirigirle esta carta, que suplico á usted dé por no escrita si encontrase en ella, en vez de muy naturales alegaciones, torpes é inoportunas contumacias.

Usted, que habrá leído el citado número de EL SIGLO MEDICO, recordará que, aun prescindiendo de algunas frases poco exactas, como las de «grupo protestante», «cuestión parcial y de orden casi personal»—ni nosotros protestábamos ni teníamos cuestiones casi personales con compañero alguno—, existen otras que no parecen de la envidiable pluma de «Decio Carlán», de ese ilustre escritor pleno de exquisita cortesía en cuya prosa encontramos siempre sanas enseñanzas doctrinales y normas de insuperable fineza.

Mas, ahora... ¡ah, Sr. Cortezo, qué terrible desilusión! Figúrese usted que «Decio Carlán» llega en su inquina contra los «protestantes» á escribir que todo cuanto se dice en la especie de programa con que aquéllos acompañaban su candidatura, eran anhelos de los cuales en ninguno se podía ver otra cosa que «un espíritu inconexo de sistemática protesta». Y, efectivamente, entre dichos anhelos existe, por ejemplo, el referente á la persecución del intrusismo, que es un deber de los presidentes y Juntas de gobierno de los Colegios Provinciales de Médicos consignado en el párrafo 4.º, art. 3.º del capítulo 19 de los Estatutos de los citados Colegios.

Mucho estimaría el que usted intercediese en nuestro

favor, haciéndole notar á «Decio Carlán», que ni los que figurábamos en la candidatura, ni los doscientos compañeros que la votaron, merecemos se nos diga que formamos atmósfera á equivocadas interpretaciones, sirviéndonos de ellas para producir disensiones y conflictos con miras «que bien claramente se transparentan»; y que no es demasiado correcto emplear tales palabras dirigidas á compañeros cuyo «delito» consistió en creer, sin duda equivocadamente, que podrían ser útiles en la directiva del Colegio de Madrid, por cuya razón aspiraron á ocupar los puestos de la misma. Aún debo añadir que «Decio Carlán», animado del «constante ilusionismo», según él mismo dice, de realizar la unión de las clases sanitarias, sigue para conseguir su propósito torcido camino, pues no es el más derecho el de fastigar á quienes de dichas clases sanitarias forman parte, quiera ó no Veremundo, y sea cualquiera su categoría, en relación con la de los restantes colegas que votaron en las pasadas elecciones.

No molesto á usted más, tanto porque me dolería el hacerlo, como por entender que el respeto que á usted debo y las actuales circunstancias, son factores suficientes para evitar que se agudice una cuestión que en ningún momento debió salir de sus marcados límites. Todo, en efecto, queda reducido á que quinientos y tantos señores colegiados votaron la candidatura de unos dignísimos compañeros; que otros doscientos y tantos señores colegiados votaron la nuestra; y que más de mil médicos, también pertenecientes al Colegio de Madrid, se abstuvieron de votar, sumiéndonos en confusión, respecto á sus ideas y opiniones, ya que nadie tiene derecho á presuponer cuáles serían aquéllas, y restando con su retraimiento electoral *solemnidad* á la votación, que para ser definitiva, le ha faltado un pequeño detalle: el de que el número de votantes hubiera sido, si no el de la totalidad, siquiera el de una mayoría de colegiados. Con los abstendidos había suficientes para derrotar la candidatura triunfante, aun coaligada con la nuestra, que reunió dos centenares de votos valederos á los fines de la elección á pesar de su calidad.

En cuanto al programa redactado por el Dr. Fernández Martos y aceptado por todos nosotros, después de las modificaciones que consideramos necesarias, nada diré, pues temo aparecer apasionado. Únicamente advierto, que no se aparta de un criterio lógico, ni el asegurar que en ese programa nada es factible, ni el suponer que semejante afirmación depende del error subjetivo de prejuzgar lo que podrían conseguir los demás, con arreglo á lo que nosotros pensamos que podríamos conseguir.

Paréceme de perlas que «Decio Carlán» se regocije por el resultado de las elecciones. Tampoco estaría del todo mal que en cualquiera ocasión procurase desvanecer los celos despertados en muchos compañeros que no han acabado ó no quieren acabar de entender el artículo del citado escritor para evitarse el dolor moral de contestarle en parecido tono. Por mi parte, querido é ilustre Dr. Cortezo, espero que usted con su nobleza, talento y habilidad, consiga que «Decio Carlán» reflexione y no dé nuevas lanzadas á molinos de viento, puesto que éstos, con el voltear de sus aspas, pudieran romper el punzante hierro y nada ganaría con ello el esforzado campeón de cuyo fuerte brazo y valeroso corazón esperamos hazañas distintas que las de aniquilar á humildes médicos—ni de lejos parecidos al gigante Briareo—que ganan su vida como Dios manda y se hallan expuestos, ellos mismos por inutilidad ó vejez, sus hijos por orfandad, á tener que esparcir sus duras penas «en altos riscos y profundos huecos, con muerta lengua y palabras vivas». Porque es sabido, que el Colegio de Huérfanos, que usted creó—el



cielo se lo premie—no es, hoy por hoy, un colegio de huérfanos médicos, sino un colegio de algunos, pocos, huérfanos de médicos.

De habillitas, comentarios de tertulia, etc., no me ocupo. Cuando la conciencia está limpia, las salpicaduras de lodo de la murmuración, ni mancillan, ni molestan. Tengo la seguridad, que si usted recibiese un anónimo y en él un miserable vertiese palabras capaces de hacer creer que yo trataba de molestar á «Decio Carlán», usted sabría reír de buena gana y despreciaría la necedad.

Mucho placer encontraré que esta carta sea conocida por los lectores de EL SIGLO MEDICO, á quienes como á usted y á «Decio Carlán» desea un feliz año nuevo su siempre amigo y s. s. q. e. s. m.,

ANTONIO PIGA.

\*\*\*

La carta anterior, aparte de las razones de cortesía, merece por la firma que la autoriza y por la buena intención que la inspira, alguna contestación. Sin embargo, si esta fuera muy detallada, no podría menos el Dr. Cortezo, al relatar su diálogo con «Decio Carlán», por este asunto motivado, de faltar á su constante y tenaz propósito de no dar ni remoto pretexto para fomentar ni sostener divisiones entre los médicos.

Perdone, pues, el Sr. Piga, si en nombre de ambos viejos nos limitamos á decirle que nada de lo en su carta contenido nos parece que debe prevalecer como bandera de disenti-mientos, y menos ahora, que tan necesitados estamos de unión y consistencia.

Esto, sin *eufemismos*, si es que con esta palabra ha querido el Sr. Piga significar el «modo de decir para expresar con suavidad y decoro ideas, cuya recta expresión sería dura y malsonante», como reza el léxico de nuestra Academia, pues «Decio Carlán» nos asegura, que no teniendo por qué emplear palabras duras, por no hallar nada que las mereciera, no ha tenido por qué recurrir á eufemismo alguno.

Bien les duele á los dos ancianos el no tener nada que corregir en la afirmación de que el programa de la fracción disidente del Colegio nada nuevo ofrecía y lo que apuntaba sería difícilmente realizable; pues lo del intrusismo les consta que es motivo de constante desvelo y actuación de los Colegios todos de España, y si no consiguen su justo propósito, no es por culpa suya, sino por falta de apoyo decidido para su autoridad. Por lo demás, calcule el Sr. Piga si esto será un convencimiento, para el que redactó letra por letra el artículo de los estatutos de los Colegios que él toma como modelo para su ejecución.

Y fijándonos en otra cosa más concreta, no podemos menos de lamentar que el Colegio de Huérfanos sea tratado de tan injusta manera que se le califique de solamente utilizable para *algunos* huérfanos, cuando representa la verdadera *hombrada* de haber vivido durante cinco años y el local ya propio cien huérfanos de ambos sexos y acabar de recibir otros cincuenta y tener la fundada esperanza (basada en el estado de sus cuentas publicadas siempre) de que no transcurrirá mucho tiempo sin llegar á doscientos el número de los alumnos amparados. Nos parece que esto es más sustancioso que la vaga promesa de una reorganización *para que los niños tengan un porvenir más lisonjero*, reorganización que por otra parte no se nos alcanza cómo la hubiera obtenido ni con qué autoridad la nonnata Junta.

Y nada más, y seamos cuerdos y no nos empeñemos en destruir sin tener reunidos ni siquiera los materiales de construcción ni trazados los planos del edificio profesional, pues sin acuerdo leal y decidido, ni los cimientos podrán ponerse.

C. M. C.

## Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

EL SIGLO MEDICO siempre dispuesto á facilitar á sus lectores cuanto más ó menos directamente pueda excitar su interés, ó satisfacer su natural curiosidad, me confiere el honroso encargo, que reconocido admito y me obliga, de dar á conocer en abreviada síntesis cuanto al día sea discutido ó tratado en nuestros Centros culturales, por el orden cronológico en que vaya presentándose; claro es, que sin menoscabo ó perjuicio de las ampliaciones que se estimen oportunas. Y basta de preámbulos.

\*\*\*

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.—Bajo la presidencia del Dr. Cortezo, abrió sus puertas el 5 de Enero, con el solo exclusivo fin de oír la conferencia en que el experto cirujano boanerense Dr. Finochietto se proponía tratar el tema «Quistes hidatídicos del pulmón».

Hecha la presentación por el Dr. Recasens, que en su reciente visita á la Argentina tuvo ocasión de conocerle, previo el afectuoso y cortés saludo de rúbrica, con el aplomo y seguridad que da la competencia, expuso con toda minuciosidad: la sintomatología, dificultades y confusiones que puede ofrecer el diagnóstico; diversas vías por que el pulmón puede ser invadido; procedimientos operatorios á seguir habido en cuenta el sitio de su implantación, etc., todo lo cual constituyó una lección, en que si bien no pudimos sorprender novedades que añadir á lo ya conocido y dicho sobre la materia, resultó muy plausible desde el punto de vista didáctico.

El Dr. Finochietto fué á la conclusión de su conferencia aplaudido y felicitado.

\*\*\*

Celebró su sesión reglamentaria el 7 la ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA por el Sr. Cifuentes presidida.

El Sr. Hinojar (A.) presenta un reciente caso de Extirpación de laringe no operado por el método de Gland, y hace resaltar la relativa sencillez y notable diferencia que para la estética tiene el procedimiento en U por él iniciado y seguido. Examinado el caso por algunos académicos, queda sin discusión.

El Sr. Moartua lee una extensa comunicación acerca de los Abscesos de trompas abiertos en órganos vecinos, recto, vejiga y vagina, é incidentes á que más frecuentemente dan lugar; y el Sr. Luque habla de la piosalpinx y piovaritis en que debe practicarse la colpotomía posterior, pero no con carácter general; de la posibilidad de perforación por la ingle, y de la conveniencia de dar salida al pus por laparotomía y vía natural.

El Sr. Nogueras se ocupa de la «Insulina en el tratamiento de las diabetes», de los experimentos practicados ligando el páncreas que de manera sensible disminuye ó suprime la glicosuria; de los islotes de Langerán productores de la insulina, que una acción tan marcada ejerce sobre la hiperglicemia, y, por tanto, sobre la diabetes; teniendo también grandes aplicaciones en las intervenciones quirúrgicas de los diabéticos, y, sobre todo en el coma, en que llena una indicación vital; añadiendo que para graduar la unidades de insulina, que en cada caso debe administrarse, hay que investigar y tener muy presente la cantidad de glucosa que existe en sangre y orina. El Sr. Carrasco advierte que toda prudencia es poca en el manejo de la insulina, cuyos efectos no hay que perder de vista para aprovechar los momentos en que sus dosis han de ser reforzadas, aminoradas ó suprimidas.

\*\*\*



El martes 8 se exhibió en primera sesión del curso, presidida por el Sr. Fernández Caro, la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE, en que el Sr. Soriano dió lectura á la comunicación «Higiene de Madrid», en el curso anterior presentada y pendiente de discusión. En ella estudia y denuncia las transgresiones que de la higiene se hacen en mercados, vaquerías, tahonas, teatros y demás establecimientos públicos de recreo, servicios municipales, construcciones, viviendas, etc., sintetizando su trabajo en unas cuantas conclusiones que para ser discutidas quedan sobre la mesa. Los Sres. Lasbennes, Franco Martínez y Espina discutieron la totalidad desde distintos puntos de vista.

A cargo del Sr. Hinojar (A.) corrió la conferencia que en la SOCIEDAD DE PEDIATRÍA desarrollara el 10, bajo el enunciado: «Estenosis de las vías aéreas del niño». Descartado cuanto á la rinitis se refiere, por haber sido ya tratado en conferencia anterior del Sr. Calderín, se ocupó de los fibromas y otras tumoraciones análogas, fijándose con un mayor interés en las vegetaciones adenoideas que cuando se inflaman llegan á dificultar grandemente la succión en los niños de pecho, que si bien no obligan á intervenir en la generalidad de los casos, circunstancias excepcionales se presentan en que no hay más remedio que recurrir al legrado. Llama la atención hacia la frecuencia con que los niños son afectados de abscesos retrofaríngeos, cuya localización, modalidades y sintomatología puntualiza para evitar lamentables errores y pérdidas de tiempo. Hace sucinta relación de las molestias y peligros á que las amigdalitis voluminosas exponen á los niños, á quienes no hay más remedio que someter á la extirpación si se ha de obtener el apetecido alivio que bien á las claras revela la necesidad de actuar, aun residiendo la estenosis en las vías altas. Considera á los pólipos recidivantes como muy raros y fáciles de confundir con la tuberculosis vegetante. Establece las modalidades nasal, ronca y cuchicheada, que la voz y la tos experimentan en su sonalidad y caracteres ordinarios, según la estenosis afecte á las regiones supraglótica, epiglótica ó infraglótica. Cita el tiraje por la importancia que le dan su extensión é intensidad; y propone para corregir estos estados la intubación, traqueotomía y punción, prefiriendo traqueotomizar á intubar, cuando la tos sea bronca y haya estrechez, sea ó no producida por un cuerpo extraño en tráquea.

Tocó el turno á la SOCIEDAD DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA el 11, bajo la presidencia del Sr. Sánchez Covisa (J.).

El Sr. García Casal presenta un caso de serpinginismo venéreo situado en el surco balano-prepucial de un joven, que después de haber sido tratado por mercuriales, arsenicales, bismutados y antimoniácles sin fruto alguno, ha obtenido un alivio evidente y está en camino de curación gracias á la tuberculina, en la forma y dosis que detalla. El Sr. Sicilia estima muy necesario en estos casos investigar y definir bien las causas y naturaleza de las lesiones; porque él ha curado, y tiene actualmente sometido á tratamiento en el Hospital, un caso de serpinginismo venéreo notablemente aliviado por la simple cura local de tintura de iodo intensificada. El Sr. Sánchez Covisa (J.) pregunta al señor Casal si cree firmemente que el caso en cuestión es venéreo. El Sr. García Casal afirma en su rectificación que en efecto se trata de un serpinginismo venéreo típico. El Sr. Covisa quedó contrariado por no poderle argüir conforme al Reglamento.

El Sr. Criado historia el caso de una sífilis de veinte

años de duración con lesiones gomosas de la nariz; en que una inyección de quimbio produjo estomatitis y vómitos de sangre roja primero, y negra después; y cree conveniente que siguiendo su ejemplo traigan sus observaciones á la Sociedad, pues únicamente así podrán llegar á puntualizarse las verdaderas contraindicaciones del bismuto. El Sr. Sicilia dice que siendo el quimbio un compuesto de bismuto y quinina, pudiera atribuirse á la acción vasodilatadora de ésta la producción de la hemorragia. El Sr. Sáinz de Aja manifiesta no haber observado ningún caso de hematemesis; y que dada la coexistencia de la estomatitis de tipo hemorrágico, bien pudo la sangre ser deglutida y después devuelta. El Sr. Portilla trae á la memoria un caso en que empleando el tratamiento mixto de salvarsán y neotropol, fué el sujeto aquejado de grandes dolores, aliviados al ser aquél suspendido. El Sr. Navarro Martín hace presente que ha autopsiado multitud de animales aprovechados en la experimentación, y no ha notado en ellos nada hemorrágico. El señor Casal, que las pequeñas dosis de bismuto son las que producen hemorragias. El Sr. Bejarano rechaza el acúmulo de cargos que se formulan contra el bismuto por no estar debidamente justificados; y ser más producto de la fantasía que de hechos reales. El Sr. Covisa (J.) da á lo manifestado por el Sr. Navarro Martín un valor excepcional; y asegura por su parte, que emplea los bismutados, y nunca observó incidentes de la naturaleza expresada.

El Sr. Bejarano empieza á ocuparse de la vacunoterapia intravenosa, y en el uso de la palabra queda, cuando la intempestiva llamada de un familiar me obliga á salir del salón.

La conferencia que en el ATENEO MÉDICO MUNICIPAL tenía anunciada para el sábado 12 el Sr. Vázquez Leford, fué aplazada por indisposición del conferenciante.

El mismo día dejó oír la suya en el salón grande de la Casa del Pueblo, el médico de la MUTUALIDAD OBRERA, Sr. Villegas Gallifar, que desarrolló el tema «Lo que se puede hacer en la lucha antituberculosa con los medios actuales». Empieza su discurso definiendo y dando á conocer lo que son y cómo funcionan en España, preventorios, dispensarios, sanatorios y hospitales, cuyas deficiencias hace resaltar y fustiga; y concluye por estimular á la Directiva de la Mutualidad para que de acuerdo con sus socios y los médicos, vean el medio de perfeccionar servicios que tanto dejan que desear.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.—Con la solemnidad y brillantez tradicionales en la más alta Corporación oficial médica de España, y ante numerosa y distinguida concurrencia en que abundó una muy digna y lucida representación del sexo bello, tuvo lugar el domingo 13 la inauguración del curso académico de 1924, bajo la presidencia del Dr. Cortezo.

Abierta la sesión y concedida la palabra al secretario perpetuo Dr. Pulido, leyó la Memoria reglamentaria reseñando los trabajos por la Academia realizados en el pasado curso, con las minuciosidad de detalles, claridad de conceptos y afiligranada dicción á que desde tiempo inmemorial el castizo y brillante escritor nos tiene acostumbrados. Como modelo irreprochable de originalidad y expresión, digno por varios conceptos de ser releído y saboreado, debe en justicia citarse el recuerdo á la memoria del malogrado académico D. Luis Ortega Morejón dedicado.

El Dr. D. Enrique de Isla y Bolumburu, por prescripción del reglamento llamado á llevar la voz de la Corporación en



aquel momento, leyó un bien documentado y magistral discurso acerca del shock en todos sus aspectos y modalidades, estudiado y juzgado con tal clarividencia, buena fe y desapasionamiento, que bastarían por sí mismas para consolidar una reputación, si ésta de antemano no estuviera por todos reconocida y consagrada. En la imposibilidad de dedicar en este lugar al estudio crítico de tan relevante trabajo el espacio que necesitábamos y de que no disponemos, aparte lo iremos publicando.

Tanto el Sr. Pulido como el Sr. Isia, fueron por la concurrencia calurosamente aplaudidos.

Una nota emocionante y simpática ofrecieron al selecto público los niños de ambos sexos, por su aplicación y buen comportamiento, agraciados con cartillas costeadas con fondos de la fundación Rodríguez Abaytúa.

Terminado el reparto, el señor presidente levantó la sesión, y declaró abierto el curso académico de 1924.

SEDISAL

## REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

### PROGRAMA DE PREMIOS Y SOCORROS PARA 1924 Y 1925

*Premios de la Academia.*—Esta Corporación abre concurso sobre los temas siguientes:

- I. «Influencia de los descubrimientos del Dr. Cajal en los progresos de la Fisiología del sistema nervioso.»
- II. «Los elementos celulares en la inflamación y su génesis».

Para cada uno de estos puntos habrá un premio, un accésit y las menciones honoríficas que se acuerden.

El premio consistirá en 750 pesetas, medalla de oro, diploma especial y título de académico corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria, si, no siéndolo anteriormente, reuniese las condiciones de los Estatutos; el accésit, en medalla de plata y diploma especial, y las menciones honoríficas, en diploma especial.

El trabajo que obtenga el premio se publicará por la Corporación, si sus dimensiones no fueran excesivas, entregándose a sus autores 200 ejemplares, y los favorecidos con accésit o mención honorífica se imprimirán, si la Academia lo estimase procedente, reservándose la facultad de publicar las láminas o grabados acompañados al texto que le parecieran oportunos.

*Premios Alvarez Alcalá.*—I. «Farmacología de la Proteínoterapia actual».

II. «Estudio crítico de la intervención quirúrgica en los procesos pleuropulmonares».

Para cada uno de estos puntos habrá un premio, un accésit y menciones honoríficas.

El premio consistirá en 500 pesetas y diploma especial; el accésit y las menciones honoríficas, en diploma especial.

*Premio Martínez Molina.*—«Estudio de la formación reticular bulbo-protuberancial».

Para este asunto habrá un premio, un accésit y menciones honoríficas.

El premio consistirá en 576 pesetas y diploma especial; el accésit y las menciones honoríficas, en diploma especial.

Los premios y distinciones anteriormente mencionados se conferirán en la sesión inaugural del año 1926, a los autores de las Memorias que, por su mérito absoluto, los hubieren merecido, a juicio de la Academia; todas las Memorias se remitirán a la Secretaría de la Corporación antes del 1.º de Julio de 1925, de once de la mañana a una de la tarde, no debiendo sus autores firmarlas ni rubricarlas, y distinguiéndolas con un lema igual al del sobre cerrado que re-

mitirán adjunto, el cual contendrá el mismo lema, su nombre y apellidos, sin abreviatura, y su residencia.

Sólo se incluirá en cada uno de los sobres el nombre de un autor, y si al abrirlos se hallaren dos ó más, ó la designación de Corporaciones ó colectividades, se entregará únicamente la parte metálica del premio.

Los sobres de las Memorias no premiadas se inutilizarán en la primera sesión de gobierno que se celebre después de la inaugural, á no ser que fueren reclamados oportunamente por sus autores, para lo cual presentarán el recibo correspondiente.

Las Memorias premiadas serán propiedad de la Academia, y ninguna de las remitidas podrá retirarse del concurso.

*Premio del Dr. D. Pedro María Rubio.*—Se conferirá un premio de 1.080 pesetas á los médicos españoles autores de las obras, originales de Ciencias médicas, de mérito sobresaliente, cuya primera edición se haya publicado en los años de 1921 y 1922, entendiéndose como año de publicación el que conste en la portada del último tomo, ó en la parte final de la obra.

A falta de obras originales, podrá recaer el premio en el inventor español de algún método curativo ó remedio evidentemente provechoso, de algún procedimiento operatorio conocida mente ventajoso ó de algún aparato ó instrumento comprobadamente útil.

Se optará á este premio por instancia, extendida en papel sellado correspondiente, ó por petición firmada por tres académicos.

Las instancias, acompañadas de las obras originales, ó, en su caso, los documentos justificativos de los inventos de métodos curativos, remedios, procedimientos operatorios ó instrumentos, que en el programa del año anterior se dijo deberían remitirse á esta Secretaría hasta el 31 de Diciembre de 1923, fecha que queda en firme, según se anunció oportunamente en la *Gaceta de Madrid*, en lo sucesivo podrán remitirse, en igual forma, hasta el 30 de Junio de los años pares, y la adjudicación del premio se hará en la sesión inaugural de los años impares.

No se adjudicará este premio al que le haya obtenido en concursos anteriores.

*Premio Salgado.*—Se conferirá un premio de 1.500 pesetas al profesor que haya contraído suficiente y mayor mérito por sus estudios y aplicación de las ciencias auxiliares á la Medicina, particularmente de la Hidrología, ó por sus trabajos médicos, científicos ó prácticos, durante los años 1923 y 1924.

Se optará á este premio por instancia, ó mediante propuesta de tres académicos.

Las instancias ó propuestas, acompañadas de los correspondientes justificantes, se remitirán á la Secretaría de la Academia antes de 1.º de Julio de 1925, y los premios se conferirán en la sesión inaugural de 1926.

*Premio Nieto y Serrano.*—«Influencia de los médicos españoles de los siglos XVI, XVII y XVIII en el desarrollo de la cultura hispanoamericana.»

Para las Memorias referentes á este tema se ofrece un premio, un accésit y menciones honoríficas.

El premio consistirá en 1.000 pesetas y diploma especial; el accésit y menciones honoríficas, en diploma especial. Los trabajos se admitirán hasta 1.º de Julio de 1925, y el premio se conferirá en la sesión inaugural de 1926.

*Premio Röel.*—«Geografía ó Topografía médica de un partido ó de un término municipal de Asturias.»

Ya han sido agraciadas: con premio, Concejo de Oviedo, de Ponga, Lueca, Avilés, Cabrales, Gijón é Illas; y con ac-



césit, Lena, Castrillón, Tineo, Muros, Gozón, San Martín del Rey Aurelio y Carreño, lugares acerca de los que no pueden optar nuevamente.

Para dicho asunto se concederán un premio y dos accésits. El premio consistirá en 1.500 pesetas, y el accésit, en 500.

Las Memorias premiadas se publicarán, si sus dimensiones no fueran excesivas, á juicio de la Academia, entregándose á sus autores 200 ejemplares, y reservándose la Corporación la facultad de publicar ó no las láminas ó grabados que puedan acompañar al texto.

Según lo dispuesto por el fundador, se advierte la conveniencia de que las Memorias estén redactadas de un modo claro y conciso, y que tengan carácter eminentemente práctico.

A estos premios podrán optar no sólo los médicos que se hallen en el ejercicio de la profesión, sino los alumnos de la Facultad de Medicina de las Universidades españolas.

Los trabajos se remitirán á la Secretaría de la Academia hasta las cuatro de la tarde del 31 de Octubre del corriente año de 1924, con los requisitos señalados anteriormente, y los premios se entregarán en la sesión inaugural de 1925.

**Premio Sarabia y Pardo.**—Consistirá en 500 pesetas, que se otorgarán al mejor trabajo sobre Pediatría que desde 1.º de Diciembre de 1923 á 30 de Noviembre del año actual, ambos inclusive, se haya publicado en la Prensa profesional ó política ó en conferencias, monografías, folletos, etc.

El plazo de admisión de las publicaciones remitidas bajo instancia terminará el 1.º de Diciembre del corriente año, á la una de la tarde, y el premio, si se otorga, se entregará en la sesión inaugural de 1925.

**Premio Calvo y Martín.**—Consistirá en la cantidad de 288 pesetas, pudiendo optar á él los médicos de partido encargados de la asistencia de los pobres, con asignación que no pase de 1.000 pesetas, casados y con hijos.

Los aspirantes deberán escribir una Memoria cuya extensión no baje de 30 páginas en 4.º, en la cual darán noticia de alguna epidemia que hayan asistido, con expresión del número de curados y de fallecidos, así como de la medicación que haya sido más provechosa; de no ser esto posible, describirán las enfermedades más notables á que hayan asistido con abnegación y espíritu de caridad, certificando de estas cualidades al alcalde y el cura párroco de la localidad.

Las solicitudes, acompañadas de certificación del Ayuntamiento respectivo en que se acrediten los extremos mencionados, y de la del cura párroco, en su caso, extendidas en el correspondiente papel sellado, así como la indicada Memoria, se remitirán á la Secretaría de la Academia antes del 1.º de Diciembre de 1924 y el premio se adjudicará en la sesión inaugural de 1925.

No pueden aspirar á este premio los que hayan obtenido otro igual en concursos anteriores.

**Socorros Férrez de la Fanosa.**—En fecha oportuna, de primeros de Noviembre, la Academia anunciará en la *Gaceta de Madrid* y Prensa noticiara los socorros que se acuerde repartir, según la renta de que se pueda disponer. Podrán optar á ellos los médicos y sus familias necesitadas, presentando los siguientes documentos:

Instancia dirigida á esta Secretaría, la edad y el domicilio. Los médicos acompañarán copia simple del título de licenciado en Medicina y Cirugía, certificación facultativa del padecimiento que le imposibilita ejercer la profesión y cuantos documentos consideren de interés referentes á las localidades donde hayan ejercido. Las viudas ó huérfanos acompañarán á la instancia certificación de matrimonio y de defunción y copia simple del título del causante; certifi-

cación de pobreza firmada por el alcalde y cura de la localidad, y si tuvieran hijos menores de catorce años, certificación de su nacimiento y relación de la edad de los demás hijos. Podrán acompañar también aquellos documentos relativos al ejercicio de médico titular.

Los que hayan obtenido anteriormente socorros ó donativos de esta Academia por cualquier concepto no podrán solicitarlos de nuevo.

Los socorros se entregarán en la Pascua de Navidad de 1924.

**Fundación de San Nicolás. Premios, recompensas y socorros Rodríguez Abaytúa.**—I. Dos recompensas de 300 pesetas cada una á los dos artículos merecedores del galardón, por el concepto filosófico, el estilo literario y la veracidad descriptiva, de los publicados por la Prensa diaria política ó gráfica, antes de la sesión inaugural del curso académico próximo venidero, con ocasión de notificar la recepción de nuevos académicos, las sesiones necrológicas de los mismos, las sesiones inaugurales de curso ó cualquiera otra solemnidad celebrada por esta Real Academia ó la Academia Médico-Quirúrgica Española de Madrid.

Los autores de varios artículos presentados á concurso no podrán obtener más que una sola recompensa.

Los concursantes remitirán á esta Academia antes de 1.º de Noviembre de 1924 el número del periódico en que se inserten los artículos.

II. Tres premios de 1.000 pesetas cada uno, para el pago de los derechos de expedición del título de licenciado en Medicina y Cirugía de los tres estudiantes que durante el año académico precedente se hubiesen revalidado en las Universidades de Santiago de Compostela, Valladolid y Madrid, y presentasen la mejor hoja de estudios.

Cada uno de los rectores de dichas Universidades remitirá á esta Academia, durante la primera quincena de Octubre de 1924, extracto copia de los tres expedientes que á su juicio pueden aspirar al premio.

No podrán ser propuestos aquellos alumnos que hayan obtenido por oposición, por fundaciones ó por cualquier concepto el pago de los derechos de expedición del título de licenciados.

III. Un premio de 1.500 pesetas al autor de la mejor tesis de doctorado aprobada durante el curso de 1923 á 1924.

El decanato de la Facultad de Medicina de Madrid remitirá á esta Academia antes del 31 de Octubre de 1924 las tres tesis que el Claustro de profesores hubiese conceptuado como de más culminante mérito, para que la Corporación informe á cuál ha de concederse el premio.

IV. Un donativo bial de diez cartillas, de 500 pesetas cada una, á cinco alumnas y cinco alumnos de las escuelas públicas municipales de Madrid que, teniendo edad no menor de ocho años ni mayor de once, hubiesen sobresalido más en los exámenes de fin de curso, verificados con verdadera seriedad docente en dichas escuelas. Para este efecto, el Magisterio de las mismas remitirá á esta Real Academia los nombres de las alumnas y de los alumnos que hayan conseguido los tres primeros puestos en dichos exámenes en cada una de las escuelas, reuniendo las condiciones antedichas de edad, y expondrá, además, las condiciones sociales de los examinados, siendo condición de preferencia la mayor escasez pecuniaria de la familia.

Las relaciones de dichos alumnos se remitirán á esta Academia antes de 1.º de Noviembre de 1925 y se adjudicarán las cartillas en la sesión inaugural de 1926.

V. Dos socorros anuales de 2.000 pesetas cada uno para los dos médicos que acrediten la más precaria situación por avanzada edad ó por enfermedad crónica.



Para optar á dicho socorro presentarán á esta Academia, antes de 1.º de Noviembre de 1924, los siguientes documentos: instancia fijando la edad y su domicilio, presentación del título, certificación facultativa en que se acredite la enfermedad que les imposibilita ejercer la profesión, certificación del alcalde del barrio y del cura de la parroquia de que carecen de recursos para vivir, y cuantos documentos consideren oportunos los interesados, como certificación de los pueblos donde han ejercido, etc.

VI. Un premio de 2.500 pesetas, recompensatorio de la mejor monografía sobre un punto, á la libre elección del autor, de Fisiología, de Patología ó de Terapéutica, estudiada individual ó colectivamente, del aparato digestivo ó de sus conexos biliar y pancreático, excluyendo boca, lengua, fauces, esófago y recto.

Los concursantes podrán presentar sus trabajos sin firma alguna, escritos á máquina, hasta el 1.º de Julio de 1925. Cada autor lo distinguirá con un lema, el mismo que figurará dentro de un sobre cerrado y lacrado, y, además, contendrá el nombre y los dos apellidos, sin abreviatura, y su residencia habitual.

El premio, de otorgarse, se adjudicará en la sesión inaugural de 1926.

VII. Un premio de 5.000 pesetas al mejor trabajo publicado ó inédito escrito durante el quinquenio de 1922 á 1926, ambos inclusive, sobre un estudio analítico crítico de Deontología médica, ya en su conjunto, ya en alguno ó en varios de los factores que la integran. Este concurso es extensivo á Francia.

Se optará á dicho premio por instancia dirigida á la Corporación (acompañando el trabajo), hasta 1.º de Octubre de 1926; y el premio, de otorgarse, se adjudicará en Madrid en la sesión inaugural de la Real Academia Nacional de Medicina del año 1927.

Los premios, recompensas, cartillas y socorros anunciados dentro del plazo de este programa se entregarán á los interesados en la sesión inaugural de 1925, salvo los casos en que se especifica fecha distinta.

**Advertencia.**—Los interesados deberán recoger los premios, etc., en el acto de la sesión inaugural, que se anunciará en la *Gaceta de Madrid*, ya personalmente ó por representación, cuya firma garantice el juez municipal de la localidad. La falta injustificada de persona que recoja los premios, recompensas y socorros se entenderá como una renuncia.

Madrid, 13 de Enero de 1924.—El presidente, *Carlos María Cortezo*.—El secretario perpetuo, *Angel Pulido*.

## PROTECCIÓN MÉDICA

ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 22 DE NOVIEMBRE DE 1923

Bajo la presidencia de la doctora Aleixandre y con asistencia de las señoras de Verdes Montenegro, Palancar, Villanueva, Calvache, Rocafort, condesa de Gimeno, señoras y señoritas de Cortezo, Pando y Díaz Sama se aprueba el acta y las cuentas del mes de Octubre. En dicho mes ha satisfecho esta Institución la cantidad de 935 pesetas.

Se acuerda conceder un donativo de 20 pesetas mensuales á la señora viuda de Muñoz. La señora de Verdes Montenegro da cuenta de que continúa haciendo gestiones para que ingrese en el Hospital de incurables la señora viuda de Lleida.

La señora presidenta comunica á la Junta que ya han comenzado los trabajos para conseguir nuevos suscriptores.

También da cuenta de que el hermanito menor del doctor Anca necesita para su grave dolencia, según los médicos que le han visto, un pronto tratamiento al aire libre con sobre-alimentación y descanso absoluto. La señora presidenta ha conseguido para dicho huérfano autorización para que le costeen al enfermito la estancia en Oza todo el tiempo que haga falta, así como billetes de caridad para el viaje. La ropa que ha de llevar el niño se la proporciona el Colegio del Príncipe de Asturias de donde el huérfano es alumno, así como toda la que necesite durante su estancia en Oza por haberlo así autorizado el bondadoso presidente del Patronato Sr. Cortezo, y el nuevo director Sr. Martín Menéndez.

A continuación se da cuenta del fallecimiento del doctor Solsona á quien se había pasado una pensión mensual durante algún tiempo, y con motivo de su fallecimiento se acuerda entregar á la familia 40 pesetas para ayuda de gastos de entierro.

Se dió lectura á una solicitud de la viuda del Dr. Guinea en la que pide ser atendida mientras puede arreglar sus asuntos, y se ratifica la Junta en el acuerdo tomado de entregarla un donativo durante tres meses.

También se acuerda conceder una pensión mensual mientras esté enferma á la viuda del Dr. Gómez Muñoz que la solicita con verdadera necesidad.

Se acuerda por último que el donativo de la viuda de Hernanz sea de 25 pesetas mensuales.

Y no habiendo más asuntos de que tratar se levanta la sesión.

La secretaria de actas, *D. Díaz Sama*.

## Sección oficial

### INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Considerando que las órdenes que se expiden por este Ministerio en sustitución de los títulos profesionales, hasta que éstos puedan ser entregados á los interesados, son en realidad verdaderas certificaciones, que contienen algunos de los extremos que se consignan en los títulos á que hacen referencia, y, por lo tanto, es de aplicación á las mismas el artículo 28 de la vigente ley del Timbre,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que en lo sucesivo deberán ser reintegradas con una póliza de dos pesetas las órdenes que se soliciten en sustitución de los mencionados títulos.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 10 de Enero de 1924.—El subsecretario encargado del Ministerio, *Leaniz*.—Señor Jefe de la Sección de Títulos. — (*Gaceta* del 15 de Enero de 1924.)

## GOBERNACIÓN

### REAL ORDEN CIRCULAR

En ninguna de las disposiciones que hasta el día se han dado para regular el funcionamiento de los subdelegados de Sanidad, se determina el procedimiento á seguir para la concesión de licencias y sustituciones en casos de ausencia ó de enfermedad, requisito de verdadera importancia, tanto para la buena marcha del servicio como en interés de los mismos subdelegados á quienes afecta y á los que es de suma conveniencia se dicte una disposición que ampare los derechos



ya adquiridos por ellos, cuando las contingencias de una dolencia de mayor ó menor duración les imposibilite para el desempeño del cargo.

Para suplir tal deficiencia en la legislación y dar adecuada solución á la materia, en tanto se reforma su Reglamento orgánico del año 1848,

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

1.º Que los subdelegados de Sanidad podrán disfrutar una licencia de quince días al año, que les será concedida por los respectivos gobernadores, en cuyo caso serán sustituidos en las poblaciones en donde hubiese más de un distrito, por el subdelegado más antiguo de la misma profesión y en las demás por el titular del ramo que designe la Comisión permanente de la Junta provincial de Sanidad, á propuesta del inspector de Sanidad de la provincia.

2.º Que en caso de enfermedad de los subdelegados sean sustituidos éstos en la misma forma que expresa el apartado anterior, mientras dure la dolencia, á no ser que ésta, por su duración, revista el carácter de incurable, en cuyo caso y previo expediente de capacidad física se procederá á la separación, proveyendo el cargo en la forma reglamentaria.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 8 de Enero de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor gobernador civil de... (*Gaceta* del 10 de Enero de 1924).

Vista la instancia dirigida al jefe del Gobierno, presidente del Directorio militar, por el personal subalterno de la estación sanitaria de ese puerto, en demanda de que les sean concedidos los beneficios del art. 41 de la ley de Presupuestos de 26 de Julio de 1922 y Real decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros de 2 de Octubre del mismo año; y

Considerando que, según lo dispuesto en el Real decreto de la Presidencia del Directorio militar fecha 21 de Diciembre último, los beneficios de la ley de 26 de Julio de 1922 y Real decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros de 2 de Octubre de dicho año sólo alcanza al personal subalterno de porteros, ordenanzas y mozos de oficio,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido por conveniente desestimar la solicitud del personal subalterno de la estación sanitaria de ese puerto. Es asimismo la voluntad de S. M. que esta disposición sirva de carácter general para todos los maquinistas, patronos de falúa, fogoneros, celadores marineros y celadores desinfectores de las demás estaciones de puertos y fronteras.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 10 de Enero de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director de la estación sanitaria del puerto de Tarragona. (*Gaceta* del 12 de Enero de 1924).

Ilmo. Sr.: Teniendo en cuenta este Ministerio las solicitudes que al mismo se han dirigido en súplica de que se convoque á exámenes para ingreso en el Cuerpo Médico de la Marina civil, y considerando que, sin duda por escasez de facultativos pertenecientes á dicho Cuerpo, tropiezan las Compañías navieras con algunas dificultades para dotar á sus barcos de médicos que reúnan las condiciones reglamentarias, y habiendo sido autorizados por el Directorio militar con fecha 3 del corriente mes los expresados exámenes,

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

que á exámenes de ingreso en el citado Cuerpo Médico de la Marina civil y que dichos exámenes se rijan por el Reglamento y programa que, autorizados por esa Dirección general, se publicarán en la *Gaceta de Madrid*.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 16 de Enero de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 17 de Enero de 1924.)

#### Dirección General de Sanidad.

En cumplimiento de lo dispuesto por Real orden de esta fecha, se convoca á exámenes para ingreso en el Cuerpo médico de la Marina civil, con arreglo á las siguientes reglas:

1.ª Para tomar parte en dichos exámenes será preciso haberlo solicitado mediante instancia, á la que acompañen los documentos justificativos de los siguientes extremos:

a) Ser español ó estar naturalizado en España.

b) No exceder de la edad de cuarenta años.

c) Ser de buena vida y costumbres.

d) Tener la aptitud física necesaria para los servicios que se han de prestar.

e) Ser licenciado ó Doctor en Medicina.

f) Haber satisfecho 25 pesetas en metálico por derechos de examen, acreditándolo con papeleta que se expedirá al efecto.

2.ª Los ejercicios consistirán en la contestación por los aspirantes, en un plazo de tiempo que no excederá de media hora, á dos preguntas, sacadas á la suerte, de cada una de las materias que forman el programa.

3.ª Las preguntas extraídas en una sesión no entrarán de nuevo en suerte hasta la siguiente.

4.ª Los aspirantes deberán demostrar el conocimiento del idioma francés mediante la lectura y traducción oral de un trozo del texto que el Tribunal señale, y conversación corriente en dicho idioma. A este ejercicio no podrá dedicarse tiempo mayor de quince minutos. Servirá de recomendación especial el conocimiento del inglés, alemán ó italiano.

5.ª Al terminar cada sesión se hará pública una lista con los nombres de los aprobados en ella, y una vez terminados los exámenes se publicará en la *Gaceta de Madrid* la relación de todos los aspirantes declarados aptos para el ingreso en el Cuerpo médico de la Marina civil.

6.ª Los exámenes darán comienzo el día 1.º de Abril de 1924, ante los Tribunales que oportunamente se designarán, y que actuarán simultáneamente en Madrid, Barcelona, Cádiz y Vigo; en el caso de ser inferior á 10 el número de aspirantes á examen en uno de estos tres últimos puntos, no se constituirá el Tribunal en él, y los que lo hayan solicitado habrán de presentarse ante el Tribunal constituido en el lugar de los ya citados, que oportunamente se les indicará.

7.ª Las solicitudes podrán presentarse en la Inspección general de Sanidad exterior desde el día 1.º hasta el 15 del próximo Marzo, y en ellas se expresará el lugar, de los indicados, en que el aspirante desee realizar su examen.

Madrid, 16 de Enero de 1924. — El director general, *F. Murillo*.

#### PROGRAMA PARA LOS EXÁMENES DE INGRESO EN EL CUERPO MÉDICO DE LA MARINA CIVIL

##### *Geografía comercial.*

##### 1.

Principales líneas férreas internacionales de Europa y estaciones fronterizas. — Compañías navieras. — Indicación



de las más importantes.—Rutas más frecuentadas y puertos de escala.

2.

España.—Comercio exterior.—Principales países con los que lo efectúa y artículos más importantes de nuestra exportación e importación.—Puertos comerciales.

3.

Francia y sus colonias.—Indicación de éstas.—Del comercio exterior francés.—Sus relaciones comerciales y artículos de comercio.—Puertos más comerciales de Francia y sus colonias.

4.

Bélgica, Holanda y Dinamarca.—Enunciación de sus colonias.—Principales artículos del comercio exterior de cada uno de estos Estados.—Puertos comerciales más importantes de los mismos y de sus colonias.

5.

Alemania y Polonia.—Importaciones de su comercio exterior y artículos que lo integran como más importantes.—Relaciones comerciales con otros Estados y particularmente con España.—Puertos comerciales más principales.

6.

Suecia, Noruega y Finlandia.—Comercio exterior de cada uno de estos Estados y principales artículos sobre que se efectúa.—Relaciones comerciales.—Puertos más importantes de cada uno de estos Estados.

7.

Reino Unido de la Gran Bretaña e Irlanda.—Enunciación de las colonias británicas.—Comercio exterior.—Relaciones comerciales de la Metrópoli con las Colonias.—Comercio internacional.—Principales artículos que lo alimentan.—Puertos comerciales más importantes de Gran Bretaña e Irlanda y de sus Colonias.

8.

Portugal, Italia, Yugoslavia, Albania y Grecia.—Comercio exterior de cada uno de estos Estados y principales artículos de la importación y exportación.—Puertos comerciales más importantes de los citados Estados.

9.

Turquía, Bulgaria, Rumanía, Ucrania y Rusia.—Principales artículos de su comercio exterior.—Puertos comerciales más concurridos de cada uno de los mencionados Estados.

10.

Asia, Africa y Oceanía.—Características de su comercio y puertos comerciales más concurridos de cada una de estas partes del mundo.

11.

Estados Unidos de la América del Norte y de Méjico.—Comercio exterior de estos Estados y principales artículos de su comercio.—Puertos comerciales más concurridos de cada uno de estos Estados y de las Colonias Norteamericanas.

12.

América Central y del Sur.—Estados que comprenden.—Características de su comercio y artículos principales que lo alimentan.—Puertos comerciales más concurridos del Brasil, Argentina, Uruguay, Chile, Perú, Ecuador, Colombia, Venezuela y las Guayanas.—Cuba y sus puertos comerciales.

# Higiene y epidemiología.

1.

Ventilación á bordo.—Cubicación de los distintos departamentos de los buques.

2.

Procedimientos para hacer la aguada en los barcos.—Depuración de las aguas de bebida.

3.

Aguas residuarias y excretas.—Su evacuación.

4.

Adulteraciones y alteraciones de los alimentos de origen animal.—Estudio higiénico.

5.

Adulteraciones y alteraciones de los alimentos de origen vegetal.—Estudio sanitario.

6.

Conservas alimenticias en general.—Su estudio.

7.

Enfermerías á bordo.—Cubicación.—Lugar más adecuado para su instalación y elementos con que deben contar en relación con la duración de la travesía y el número de pasajeros.

8.

Fiebre amarilla.—Etiología.

9.

Fiebre amarilla.—Sintomatología.

10.

Fiebre amarilla.—Diagnóstico diferencial.—Tratamiento.

11.

Fiebre amarilla.—Epidemiología y profilaxis.—Focos de endemicidad.

12.

Cólera.—Etiología.

13.

Cólera.—Sintomatología.

14.

Cólera.—Diagnóstico diferencial.—Tratamiento.

15.

Cólera.—Epidemiología y profilaxis.—Focos de endemicidad.

16.

Peste.—Etiología.

17.

Peste.—Sintomatología.

18.

Peste.—Diagnóstico diferencial.—Tratamiento.

19.

Peste.—Epidemiología y profilaxis.

20.

Desratización por el gas sulfuroso.

21.

Desratización por el ácido cianhídrico.



22.

Raticidas químicos y bacterianos.—Su valor.

23.

Desinsectación.—Ideas generales y procedimientos.

24.

Desinfección por el calor.—Sus clases y procedimientos.

25.

Idea general de la desinfección por agentes químicos.

*Legislación sanitaria y de emigración.*

1.

Organización sanitaria de España.—Servicio de Sanidad exterior.—Su organización.

2.

Reglamento de Sanidad exterior de 3 de Marzo de 1917, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920.—Estaciones sanitarias de puertos.—Lazaretos.—Funciones sanitarias de Cónsules, Vicerónsules y Agentes consulares españoles.

3.

Reglamento.—Patente.—Certificaciones consulares de Sanidad.—Visados.

4.

Reglamento.—Higiene y salubridad de los barcos.—Política sanitaria durante su estancia en puerto.—Medidas sanitarias a la salida.

5.

Reglamento.—Medidas sanitarias durante la travesía.—Medidas sanitarias en arribadas, escalas y comunicaciones.

6.

Reglamento.—Medidas sanitarias a la llegada a puerto.—Clasificación de los buques desde el punto de vista sanitario.

7.

Reglamento.—Régimen sanitario de los barcos por enfermedades infecciosas.

8.

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.

9.

Régimen sanitario de los barcos por cólera.

10.

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

11.

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

12.

Reglamento.—Infracciones y penalidad.

13.

Ley de Emigración y Reglamento para su aplicación.

14.

Funciones del médico español en los servicios de emigración.—Atribuciones y funciones del inspector de Emigración en viaje.

15.

Convenio internacional sanitario de París de 1912.

Madrid, 16 de Enero de 1924.—El director general, F. Murillo. (Gaceta del 17 de Enero de 1924.)

**Gaceta de la salud pública.****Estado sanitario de Madrid.**

Altura barométrica máxima, 710,7; ídem mínima, 689,4; temperatura máxima, 9°,5; ídem mínima, 1°,0; vientos dominantes, SO. OSO.

Los reumatismos articulares agudos, los musculares y las neuralgias periféricas se han presentado en crecido número durante la anterior semana. Siguen en su habitual proporción estacional los catarros de las vías respiratorias, y en los efectos crónicos, particularmente en los localizados en el aparato circulatorio, han producido algún empeoramiento las bajas barométricas que se han registrado.

En los niños siguen siendo frecuentes las traqueobronquitis.

**Mortalidad de Madrid en Diciembre de 1923 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.**

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Diciembre de 1923.
Menores de 1 año.....	290	343
De 1 a 4 años.....	224	168
De 5 a 19.....	144	88
De 20 a 39.....	297	209
De 40 a 59.....	386	354
De 60 en adelante.....	590	491
Sin clasificación.....	5	5
<b>TOTAL.....</b>	<b>1.936</b>	<b>1.658</b>

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Diciembre de 1923.
Fiebre tifoidea.....	26	12
Tifus exantemático.....	1	2
Viruela.....	16	»
Sarampión.....	13	17
Escarlatina.....	4	1
Coqueluche.....	3	2
Difteria.....	10	13
Gripe.....	83	27
Otras epidémicas.....	4	1
Tuberculosis pulmonar.....	169	164
Ídem meningea.....	14	16
Otras tuberculosis.....	26	19
Cancerosas.....	68	64
Meningitis.....	73	60
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	93	81
Orgánicas del corazón.....	160	145
Bronquitis aguda.....	173	181
Ídem crónica.....	95	77
Pulmonía.....	49	37
Broncopneumonía y otras.....	263	197
Enteritis (menores de dos años).....	49	38
Apendicitis y tífis.....	2	4
Hernias y obstrucciones.....	15	17
Cirrosis hepática.....	14	13
Nefritis.....	67	55
Septicemia puerperal.....	8	2
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	51	47
Senectud.....	57	46
Otras enfermedades.....	330	321
<b>TOTAL.....</b>	<b>1.936</b>	<b>1.658</b>



Varones.....	856
Hembras.....	802
Promedio de mortalidad diaria en el quinquenio anterior.....	62,45
Idem id. en Diciembre de 1923.....	53,48
Idem id. en Noviembre de 1923.....	42,07

### Observaciones.

Se han repetido en este mes, dentro de las características de la estación, las cifras favorables que afortunadamente se han registrado en todo el año. La elevación invernal de la curva se produce pasando del promedio diario en Noviembre último de 42,07 al de 53,48 en este mes, que resulta muy inferior á la media diaria de Diciembre en el anterior quinquenio.

La mejoría respecto á los años anteriores se produce en todos los grupos de edades con excepción de los menores de un año. Este fenómeno, al repetirse como en los anteriores, confirma la causa [del] que en números anteriores hemos expuesto.

El tífus exantemático ha causado las defunciones de un hombre y una mujer en el Hospital Provincial. Ambos sin domicilio en Madrid.

La gran mortalidad de menores de un año ha sido causada en su mayor parte por la bronquitis aguda.

Nacieron vivos, 1.775.

El año 1923 ha sido de notas favorables. La mortalidad que los años 1918 al 20 rebasó la cifra de 18.000, ha continuado la reacción propicia iniciada en 1920, bajando en este á 16.208. De igual manera la natalidad que en 1919 descendió á 16.508, ha registrado en este año 19.928 nacidos vivos, cantidad la más alta á que Madrid ha llegado.

Las enfermedades infectocontagiosas continúan con su tendencia á mejorar. Las tuberculosas, con sus tristes proporciones habituales á las que han vuelto después del recrudescimiento que tuvieron en los años gripales y la viruela casi desaparecida, pues sólo ocurrió una defunción de igual manera que en el año anterior.

LUIS LASBENNES

### Crónicas.

**Real Academia Nacional de Medicina.**—Esta Corporación celebrará sesión pública mañana domingo, á las cuatro de la tarde, para dar posesión de plaza de número al académico electo Sr. Dr. D. Hipólito Rodríguez Pinilla, quien leerá un discurso acerca del tema «Analogías y diferencias entre la hidroterapia simple y la termomineral», al que contestará, en nombre de la Corporación, el Ilmo. Sr. Dr. D. Manuel Márquez Rodríguez.

**Un verdadero patriota.**—D. Juan C. Cebrián, ilustre español que durante muchos años ha residido en los Estados Unidos de Norteamérica, no ha cesado un momento de venerar y defender las glorias de su patria.

Un escritor ilustre, de nacionalidad yankee, Charles F. Lummie, publicó en inglés, en su país «Los exploradores españoles del siglo XVI», obra que tiende á defender nuestro comportamiento en tierra americana, tan difamado por propios y extraños. De esta obra, traducida al castellano por D. Arturo Cuyás y del malogrado poliglota D. Julián Judeñas, «La Leyenda negra», encaminada al mismo fin, ha hecho por su cuenta copiosísimas ediciones, el Sr. Cebrián, que regala y distribuye entre los centros docentes de nuestra patria en los frecuentes viajes que realiza á España.

Este ilustre español que no descansa por ver limpia de una mancha afrentosa la historia de su país natal, ha regalado al Colegio de huérfanos de médicos para que sirvan de libro de lectura, veinte ejemplares de la obra de Lummie y diez y seis de la de Judeñas.

En nombre de los huérfanos expresamos la gratitud de ellos y la nuestra, por su desprendimiento y por su labor.

**Paseos de un solitario (Hombres y Mujeres de mi Tiempo), 2.ª serie.**—Desde el 20 del actual se hallará á la venta la segunda serie de este interesante libro, que tan grande éxito ha merecido con la publicación de la primera.

Contiene este segundo volumen los paseos siguientes:

I. Gosa.—II. La educación sentimental.—III. Arpegios filosóficos.—IV. El Salón del Prado. Lo cursi.—V. Figuras y figurones revolucionarios.—VI. Sagasta, tertulias, comedores y reuniones íntimas.—VII. Teatros y teatrillos. Actores y cómicos nacionales y extranjeros.—VIII. Estrenos y emociones.—IX. La Banca romántica.—X. Más banqueros.—XI. Cómo caen las monarquías.—XII. Cánovas (I).—XIII. Cánovas (II).—XIV. Extravagancias.—XV. 15 de Julio de 1905. Raimundo Villaverde. 15 de Julio de 1922.—XVI. Invierno. En el Retiro. Las cortesanas de mi tiempo.—XVII. Variedades macabras.—XVIII. Medicina pintoresca. Una historia de Edgar Poe. ¿Otra monja milagrera?—XIX. Pontífices.—XX. Los Silvelas.—XXI. Pedagogía evangélica.—XXII. La Emperatriz Eugenia.

Se encontrará en las principales librerías y se reciben pedidos en la Administración de este periódico, Serrano, 58.

### EN PRENSA:

*Paseos de un Solitario, 3.ª serie, conteniendo:*

I. La envidia.—II. Los Canalejaes.—III. Hospital de la Princesa (I).—IV. Hospital de la Princesa (II).—V. Ciencias ocultas.—VI. Eduardo Dato.—VII. Profetas. Emperadores y Reyes. Guillermo II.—VIII. Luis Simarro.—IX. La Princesa Ratazzi.—X. Libros, cuentos y novelas.—XI. Valera, Alarcón, Pérez Galdós.—XII. La Política religiosa del gran Rey.—XIII. Iniciativas parlamentarias.—XIV. Españoles contra España.—XV. Viajes y expediciones.—XVI. El 13 de Septiembre, etc., etc.

Se reciben pedidos para este tercero y último tomo, en los puntos antes indicados.

**Más donativos para el Colegio del Príncipe de Asturias.**—A los publicados en nuestro número anterior, hay que añadir los del Director de la Casa Astier, de París (M. Dalby), que repetidas veces favorece á los huérfanos, 10 pesetas; D. Jesús Polanco, por Geografía de Hauser, 30 pesetas; D. Jacinto Jaronas, por ídem, 30 pesetas; D. Emilio Luengo, por ídem, 30 pesetas; D. Pedro Tello, donativo, 10 pesetas. Los Sres. Parache (hijo) y Tena han entregado también el beneficio obtenido en la función del teatro de la Comedia que asciende á 1.315 pesetas y que anteriormente, en parte, se dió cuenta. Los ingresos recaudados en sellos por el Colegio de Médicos de Madrid han llegado en 1923 á 19.800 pesetas, que unidas á los donativos personales hacen pasar de 23.000 lo recaudado. Esto para los que decían que Madrid no haría nada, y sólo tiene dos huérfanos en el Colegio.

**Memorándum de urgencia.**—El Licenciado D. José María López y Rodríguez ha regalado, con destino el producto al Colegio del Príncipe de Asturias, 32 ejemplares del Memorándum terapéutico de urgencia.

Es un libro muy útil para los médicos y á su precio de venta, 5 pesetas, se halla en la Administración de nuestro periódico.

**Número almanaque.**—*Vida Médica*, como el año anterior, ha publicado un número almanaque en el cual figuran muy prestigiosas firmas y pone, por mediación de nuestra Revista, á disposición de los señores que nos lo soliciten un ejemplar que se remitirá gratuitamente.

**Colegio de Farmacéuticos.**—Inauguración de curso.—Como en años anteriores, esta Corporación ha organizado un ciclo de conferencias con la valiosa cooperación de ilustres personalidades sanitarias, académicas, del profesorado y farmacéuticas, de las ramas civil y militar de esta corte. La sesión inaugural se celebró el sábado, día 12, á las seis de la tarde, bajo la presidencia del general Martínez Anido.

La conferencia inaugural estuvo á cargo del Dr. Enrique Moles, que desarrolló el tema «La química-física y la farmacia».

El presidente del Colegio hizo la presentación del orador y al final de la disertación de éste, el Sr. Martínez Anido, agradeciendo la invitación que se le había hecho, declaró inaugurado el curso.

**La gripe y otras epidemias.**—Aunque el estado sanitario de España es, en general, satisfactorio, no dejan de exis-



en determinados puntos del país epidemias que hasta el actual momento se hallan localizadas y no revisten caracteres alarmantes, aunque algunos casos de los registrados hayan sido seguidos de la defunción del paciente.

En Murcia y en Vélez Rubio se han declarado numerosos casos de gripe y aunque la generalidad son benignos, de poca duración pero numerosos, aun dentro de una misma familia, se han producido algunas defunciones.

Los ramalazos del temporal sufrido en nuestra costa cantábrica, que se han dejado sentir en forma de tiempo variable, ha impedido que las medidas adoptadas en las dos localidades mencionadas hayan alcanzado el éxito próximo que se esperaba, pues los cambios bruscos de temperatura contribuyen á que las invasiones sean más numerosas.

En Zamora, desde hace varios días existe una importante epidemia de sarampión.

Para la represión del mal se han tomado por la Junta de Sanidad las medidas oportunas, entre ellas la clausura, hasta nueva orden, de todos los centros docentes de la capital.

**Noticias.**—Se ha concedido la excedencia en el cargo de jefe de sección del Instituto de Higiene de Alfonso XIII, al Dr. Gustavo Pittaluga. Es sensible que, sin duda las ocupaciones particulares del ilustre profesor, priven á la institución de su valiosa cooperación.

—A propuesta del presidente del Directorio se ha concedido la Gran Cruz del Mérito Militar, al inspector médico de segunda clase D. Eduardo Semprún y Semprún.

**Reformas en la Facultad de Medicina de Madrid.**—Próximas á terminarse las obras importantes que se realizaban en la sala de Maternidad del hospital clínico, se están haciendo algunas mejoras más.

En el laboratorio de Anatomía del Dr. Porpeta se está instalando calefacción central.

El museo del instrumental, situado hasta ahora en el piso principal entre el decanato y la dirección de Clínicas, está siendo trasladado á un local habilitado al efecto al lado de la cátedra primera, para destinar el local que ocupaba á otros usos que requiere el hospital clínico.

Esperamos que las mejoras no se reducirán á esto.

**En defensa de la vida del niño.**—En la última sesión celebrada por el Pleno del Consejo Superior de Protección á la infancia, el Dr. Velasco Pajares, vocal del mismo, presentó una moción relacionada con el número de niños que mueren de avariosis, que asciende á 52.200 al año. Propone los medios conducentes para aminorar esta mortalidad mediante el tratamiento obligatorio de los niños que padezcan esta enfermedad, para lo cual sería conveniente determinar la reacción serológica de todos los niños al nacer, y que figurase en las cartillas de las nodrizas la reacción Wassermann de su sangre.

Intervinieron en la discusión de la moción los Sres. Hernández Briz, Sarabia, Mouriz, Soldevilla y Heredero, y se tomó el acuerdo, al resumir los discursos el presidente Dr. Palido, de elevar, después del estudio de la moción al Poder público las conclusiones aprobadas, que pueden de un modo eficaz contribuir á mejorar las condiciones de vida de la raza.

**Geografía médica de la Península Ibérica.**—El profesor Hauser ha regalado, destinando el producto de la venta al Colegio de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias, 200 ejemplares de la hermosa obra *Geografía médica de la Península Ibérica*, la cual consta de tres tomos en cuarto, en cuadernados en rústica, con un total de 1.610 páginas, con infinidad de dibujos, mapas en colores de España, detallado por regiones; un gran número de datos estadísticos y muy interesantes todos, parcial y totalmente.

Esta obra, de un valor verdaderamente incalculable, pueden adquirirla nuestros suscriptores al precio de 30 pesetas los tres tomos, recogidos en la Administración de nuestra Revista, para facilitarlos á provincias hay que aumentar los gastos de envío, que asciende á 1,50 pesetas.

El producto de esta venta queda á beneficio del Colegio de Huérfanos.

**Premios de la Real Academia de Medicina.**—Como complemento á lo publicado en nuestro número del 5 del actual, señalamos á continuación los señores que han obtenido recompensas por los trabajos presentados á concurso:

Accésit al Premio de la Academia, D. Julio Picatoste y Picatoste.

Premio Alvarez Alcalá, D. Gregorio Olea y Córdoba. Accésit al premio Alvarez Alcalá, D. J. Fernán Pérez. Mención honorífica en el Premio Alvarez Alcalá, D. Joaquín Camino Montesinos.

Premio Martínez Molina, D. Fernando de Castro Rodríguez.

Premio Nieto y Serrano, D. Enrique Salcedo y Ginesta.

Premio Röel, D. Antonio Plaza Ballesteros.

Accésit al Röel, D. Luis Abeilhe Rodríguez Fito.

A todos nuestra enhorabuena más sincera.

**Advertencia.**—Como verán nuestros lectores, el presente número va aumentado en cuatro páginas, á fin de dar cabida á todo lo oficial aparecido.

**El opio y lo legislado en contra de su producción.**—Como caso curioso reproducimos el siguiente parte publicado por la prensa diaria:

Nueva York 10 (9 m.).—Mr. John Campbell, representante del Gobierno de la India en la Conferencia de la Liga contra el opio, ha manifestado que China, que ha dictado 365 leyes contra el opio, obtiene una producción anual de 15.000 toneladas, ó sea 20 veces la producción total de la India. Estos datos proceden de la Asociación de la Liga contra el opio, establecida en Pekín.

**Excipiente inerte.**—¿Cuántas auroras hay, que todavía no han lucido?

(Rig Veda.)

El plagio es indicio seguro de carencia de erudición. Aparecer docto, adornándose con plumas ajenas, es vana jactancia; no faltará un zahorí que le descubra, ó un crítico sagaz que convierta al pseudo autor en *implume irrisoria*.

Si se admite la metáfora, he aquí una deplorable transmutación de género y especie; una fatal conversión teratológica.

[Pobre rapsodista...! ¡infeliz plagario...!]

B. Ramírez Moreno.

Santander.

**Ipecopan.**—Escilarina.—Felamina.—Gynergeno.—Al presente número se acompaña un prospecto-secaute de los Productos Sandoz, recomendando la lectura.

#### Oposiciones á 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 á doctores menores de cuarenta años. Obra que contesta á todo el programa con apéndice, de 1923, pesetas 75. Editorial Campos. Princesa, 14, Madrid.

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

## BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valenola.

## 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, críes, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

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

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