

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

J. BLANC Y FORTACIN
Del Hospital de la Princesa.

L. CARDENAL
Catedrático de Cirugía de Madrid.
Cirujano del Hospital de la Princesa.

J. CODINA CASTELLVÍ
Académico. Médico de los Hospitales.
Director de los Sanatorios Antituberculosos.

V. CORTEZO
Jefe del Parque Sanitario de Madrid.
Del Instituto de 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.

F. LÓPEZ PRIETO
Ex-Médico Titular.

A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

F. HUERTAS
Del Hospital General.
Académico de la Real de Medicina.

C. JUARROS
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.

G. MARAÑÓN
Médico del Hospital General de Madrid.
Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

Redactor Jurídico: **A. CORTEZO COLLANTES**
Secretario: Prof. Dr. **GUSTAVO PITTALUGA**, Académico de la Real de Medicina.

M. MARÍN AMAT
Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.

L. MARCO CORERA
Prof. honoris causa del Inst. Rubio.

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. PASCUAL 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.

J. y S. RATERA
De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.

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).

J. M. DE VILLAVERDE
Del Real Hospital del Buen Suceso.
Del Ins. 'tuto Cajal.

R. DEL VALLE Y ALDABALDE
Del Hospital General.

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Contribución al estudio de la fiebre de Malta, por Carlos Schneider San Román. — Un grano más: Abolicionismo, por el Dr. César Juarros. — Mi modesto criterio para el próximo Congreso de Pediatría, por el Dr. Duarte Salcedo. — Ideas clínicas: Fenómenos pulmonares en la hipertensión arterial, por el Dr. G. R. Gonzalo. — Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo. — Bibliografía. — Periódicos médicos.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA FIEBRE DE MALTA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y BACTERIOLÓGICO Y TRATAMIENTO
MÁS APROPIADO DE LA MISMA, BASADO
EN LA OBSERVACIÓN DE 174 CASOS EN LA CIUDAD DE YECLA
(MURCIA)

POR

CARLOS SCHNEIDER SAN ROMÁN

(Prólogo del profesor G. Pittaluga.)

Prólogo.

El Dr. Schneider San Román me pide que presente á los lectores de EL SIGLO su trabajo sobre la Fiebre de Malta. Lo hago con mucho gusto. Es esta Memoria el resultado de una labor personal, el fruto de la observación directa de 174 casos de infección por *micrococcus melitensis*, estudiados en su aspecto clínico, en la técnica del diagnóstico, en la eficacia de los procedimientos terapéuticos. Este sano y modesto empirismo ha sido siempre el fundamento de toda obra seria en Medicina. Recordemos lo que Hunter dijo á Jenner, cuando éste le comunicó sus primeras sospechas acerca de la posibilidad de precaverse de la viruela por la inoculación del *cow pox*: «No lo pienses más; ensaya y comprueba.»

La comprobación de la eficacia de la vacuna en el tratamiento de la fiebre de Malta, la crítica—empírica, pero sólidamente cimentada en los hechos—de la sueroterapia específica, algunas observaciones acerca de la etiología y epidemiología de la enfermedad en relación con los reba-

ños de cabras portadoras de virus, se hallan expuestas en la tesis del Dr. Schneider San Román en manera que no deja lugar á dudas acerca de la actividad dedicada por el autor á estas pesquisas, que dentro de la labor profesional conservan todo el valor de las investigaciones científicas.

El autor ha demostrado, durante los cursos que ha seguido en nuestro Laboratorio de la Facultad de Medicina y en el Instituto de Higiene de Alfonso XIII, un vivo entusiasmo por las disciplinas científicas. La profesión no puede ejercerse noblemente por nadie sin haber sentido, aunque sea en años fugaces y lejanos, ese entusiasmo que aleja del lucro inmediato, pero consolida y afianza las mejores cualidades del espíritu humano y lo nutre de nociones de más elevada jerarquía.

GUSTAVO PITTALUGA

Madrid, Enero 1924.

Excelentísimo señor:

Al abordar un tema como el que es objeto de la presente Memoria, no lo hacemos, claro está, animados por el deseo de notoriedad y mucho menos pretendemos haber descubierto nada. Nosotros no deseamos otra cosa que contribuir en la medida de nuestras escasas fuerzas al estudio y conocimiento de una enfermedad que es un verdadero azote de las provincias del Oriente y Sur español, especialmente de la de Murcia.

En nuestro modestísimo trabajo no haremos alardes bibliográficos, ni lo llenaremos de citas, puesto que no nos

proponemos pasar por eruditos. Solamente iremos exponiendo con toda la claridad que nos sea posible los datos que durante cinco años hemos ido recogiendo á la cabecera del enfermo. Es, pues, el mío un trabajo personal, fruto, como he dicho antes, de la observación continuada de cerca de 200 enfermos.

Pido, pues, indulgencia á los señores del Tribunal que han de juzgar este insignificante trabajo, y les ruego que lo consideren como lo que realmente es, es decir, el primero de un oscuro médico de pueblo.

Es creencia casi general que la fiebre de Malta es poco frecuente en España. Esto es debido á que hasta hace pocos años se le concedía escasa atención en los libros de texto, y ocurría que los médicos, cuando empezábamos á ejercer la profesión, teníamos una idea vaga de que existía una clase de fiebre llamada de Malta, de la cual se habían dado algunos casos en el litoral de Levante, pero casos sueltos, sin importancia, algo así como lo que sucedía con el kala-azar infantil ó la amebiasis. Por desgracia las cosas no ocurren así y si se hiciera conocer la aterradora cifra de morbilidad que en algunas provincias alcanza y se conociera mejor la enfermedad, no se darían con tanta frecuencia casos de fiebre de Malta diagnosticados de reuma, tisis, tifoidea, ciática, etc. Algo de lo que le ocurría á la generalidad de los médicos, me pasó á mí al empezar á ejercer la profesión en la ciudad de Yecla (Murcia), hace cinco años.

Pocos días llevaba visitando, cuando empecé á tropezar con casos clínicos de sintomatología tan rara y de curso tan prolongado, que no encajaba en ninguno de los cuadros clínicos por mí conocidos.

En estos casos, ó bien me confesaba impotente para hacer un diagnóstico preciso é instituí un tratamiento sintomático, ó creía firmemente haber hecho un buen diagnóstico, ordenando, en consecuencia, el tratamiento que creía mejor. Pero el tiempo pasaba y la enfermedad, si bien muchas veces cambiaba de aspecto clínico, se prolongaba indefinidamente.

Allá por Septiembre á Diciembre de 1918, época en que todo enfermo raro era echado indefectiblemente al socorrido cajón de sastre de la gripe, todo marchó bien; pero pasó la gripe y esos enfermos á que he aludido antes eran diagnosticados por mí, de tuberculosis, tifus, reumatismo articular agudo, si el proceso era febril, ó de ciática, lumbago, torticollis, orquitis, etc., si la examinaba con poca ó ninguna fiebre. Instituí el tratamiento apropiado á estas dolencias, y como quiera que de él no se beneficiaban los enfermos, el asunto llegó á preocuparme hondamente.

De esta forma transcurrieron ocho meses. Por aquella época cayó en mis manos un artículo que publicó en la *Revista de Medicina y Cirugía*, de Barcelona, el distinguido médico Durán de Cotes.

En dicho artículo se ocupaba precisamente de las dificultades que presenta para el principiante el diagnóstico de la melitococia y fué para mí un rayo de luz que me hizo comprender de repente que todos aquellos casos que por su extraña sintomatología me habían vuelto loco, eran sencillamente casos de infección melitensis.

Desde entonces me convertí en paladín de la campaña antimelitense y durante cinco años no he perdido ocasión de hacer comprender tanto al público como á las autoridades los peligros que envolvía para la salud pública el convivir, por decirlo así, las personas con las cabras, el que éstas fueran llevadas por las calles para hacer el reparto de leche, el tomar este líquido crudo, comer queso, etc., etc. A pesar de mi buen deseo no he conseguido otra cosa que hacerles perder el miedo á la vacunación y al mismo tiempo alimen-

tar los enfermos, pues era cosa corriente que se pasaran meses enteros con cocimiento de cereales y un poco de caldo, lo cual originaba trastornos más graves que los producidos por la enfermedad.

Pues bien; yo quisiera que los compañeros que empiezan el ejercicio de la profesión, no pasaran por el trance que pasé yo. Y aun cuando se han ocupado y siguen ocupándose del asunto las grandes eminencias médicas, quiero aportar mi granito de arena en este asunto, de tan grande importancia.

En nuestro tema no tocaremos para nada asuntos como historia, etiología, anatomía patológica, etc., por creerlos de todos conocidos.

Es posible que algunas de las ideas por mí emitidas en lo que concierne al diagnóstico clínico y al tratamiento, puedan parecer atrevidas y en contra de lo establecido, pero téngase en cuenta que yo no hago más que exponer lo que he visto en mi larga práctica, prescindiendo de otras opiniones más autorizadas que la mía y que me merecen toda clase de respetos; aparte, claro está, de que yo pueda estar equivocado por error de observación ó de interpretación.

Con esto pongo fin á este largo preámbulo y voy á entrar en materia.

Se ha dicho muchas veces que la fiebre de Malta es una enfermedad esencialmente polimorfa, un verdadero Proteo, algo así como lo que sucede en otro orden de cosas con el histerismo. Nada más lejos de la verdad. Claro está que siendo una infección generalizada, predominarán los síntomas por parte de tal sistema, de tal aparato; pero al clínico le es siempre fácil, por un interrogatorio bien dirigido y una exploración bien practicada, relacionar los síntomas unos con otros para deducir la verdadera naturaleza del mal.

La fiebre de Malta existe en la localidad que nos ocupa desde hace muchos años. Para hacer esta afirmación nos valemos de los datos que hemos ido recogiendo de los enfermos que han desfilado por nuestra clínica. Al investigar los antecedentes es muy frecuente que nos digan que hace tantos años tuvieron unas *calenturicas* que le duraron tantos ó cuantos meses ó años y que luego se le quedaron unos reumas ó una ciática, ó estuvieron baldados por espacio de muchos meses. Otros dicen que al ver que la enfermedad les duraba tanto tiempo, la gente creía que estaban tísicos.

Desde luego, estos datos coinciden en todo con lo que en la actualidad ocurre, y no creemos difícil presumir que aquella enfermedad fuera Malta.

En estos últimos cinco años la enfermedad ha sido endémica; se presentan verdaderos brotes epidémicos en primavera y verano sin que llegue á faltar por completo en invierno. Este hecho está en relación con la gestación de las cabras y la mayor producción de leche y queso. Durante la primavera de 1922 llegué á reunir 32 casos, diagnosticados la mayor parte clínicamente y 12 por aglutinación. Como quiera que los demás compañeros (14) supongo tendrían más ó menos casos, y teniendo además en cuenta que la mayoría de los enfermos sólo acuden al médico ó porque les rinde la fiebre, ó más comunmente á causa de los dolores que les impiden dedicarse al trabajo, es de presumir que habría en aquella época por lo menos 200 enfermos.

Esto como se vé tiene grandísima importancia.

El 90 por 100 de los enfermos son hombres entre los diez y los cincuenta años, es decir, durante la edad que están más expuestos al contagio, pues rara es la familia que no tiene una casa en el campo y en ella una ó varias cabras. Como, por otra parte, en la mayoría de los casos sólo los hombres van á pasar la semana al campo, son los más expuestos al contagio.

¿Cómo se verifica éste? Es corriente atribuir la causa principal á la leche bebida cruda. Ahora bien; en esta región es rarísimo encontrar una persona que le guste la leche, hasta el punto que cuando están enfermos nos vemos los médicos en un conflicto, pues prefieren no tomar nada á beber leche. Quiere decirse que sólo toman leche como remedio y obligados por el médico y claro está, que en este caso la toman hervida. Es, pues, muy difícil que se puedan contagiar por este procedimiento, excepto, claro está, algunas personas que la beben recién ordeñada. Respecto al queso la cosa varía, puesto que les gusta mucho y durante la primavera es el almuerzo indispensable de la clase trabajadora. El queso lo fabrican de dos maneras: ó hirviendo la leche ó cuajándola con cuajo ó hierba cuajadera. Cuando está hecho por el primer procedimiento, huelga decir que el contagio es imposible puesto que sabemos que el micrococcus melitensis muere á 60°, siendo el segundo procedimiento la causa más frecuente de infección. Otra causa muy importante á nuestro juicio, es el tener los aljibes (no faltan en ninguna casa) cerca de la cuadra. Siendo el terreno cuaternario aluvial, es sumamente permeable y no tiene nada de particular que se filtren las orinas de los establos y contaminen el agua.

Por último, no hemos de olvidar el contagio por contacto directo al ordeñar las cabras y convivir con ellas. He asistido varias familias de pastores, todos ellos enfermos. Recuerdo que en una casa cayeron seis enfermos al mismo tiempo. En este caso; ¿se contagiaron unos á otros ó fué por comer queso? En esta cuestión del contagio de persona á persona no he podido observar ni un solo caso concreto.

El período de incubación es muy difícil de determinar por lo insidioso del comienzo. Algo han aportado á éste respecto las inoculaciones accidentales y las experimentales (en monos), pero hay que tener en cuenta que en estos casos las condiciones no son las mismas que en la infección natural.

El principio de la enfermedad es casi siempre insidioso. Rodríguez Fornos afirma haber observado muchos casos de principio brusco con escalofríos ó hipertermia. Algo análogo dice Partearroyo, y Hugues á su vez reconoce esta forma de comienzo y la denomina *tipo maligno*. Por nuestra parte, en nuestra larga práctica no hemos visto ni un solo caso de principio brusco; pues si bien hemos tratado enfermos que manifiestan les empezó el mal con escalofríos violentos y fiebre intensa, si indagamos con cuidado en sus antecedentes, la mayoría de las veces nos convencemos de que el principio real fué mucho tiempo antes. Claro está que el enfermo no le ha dado importancia á la pérdida de apetito, á la astenia, insomnio, etc., y mucho menos á la fiebre que como suele ser ligera, les pasa desapercibida. Lo ordinario es que el enfermo nos cuente que hace dos, tres semanas, un mes, notó que le había hecho daño algo (agua fría, fruta, etc.). Que creyendo fuera un *asiento de agua* (textual) se purgó una ó varias veces á pesar de lo cual no se le quitaba esa ligera molestia ó sensación de peso en la boca del estómago; desde entonces, dicen, se me quitó la gana de comer y me entró una *canseira* que no me dejaba trabajar. Si se les interroga respecto á fiebre, contestan casi todos que *creen que no la han tenido ni la tienen*. Si á pesar de esto le ponemos el termómetro, observamos fiebre á veces intensa. Recuerdo á este respecto un caso muy demostrativo de un bracero que yendo yo de paseo por el campo me consultó sobre su afección y al ponerle el termómetro tenía muy cerca de 40°, á pesar de lo cual había estado todo el día podando viñas. El sólo se quejaba de pérdida de fuerzas, inapetencia y sudores. Insisto particularmente sobre este detalle de la fiebre

ambulatoria, pues muchas veces por sí sólo nos puede poner sobre la pista de una melitococia. Solamente un fímico es capaz de andar por la calle con fiebre semejante y en este caso las lesiones observadas por auscultación, radiografía, análisis de esputos, etc., son más que suficientes para permitirnos hacer el diagnóstico.

Este período suele durar alrededor de tres semanas.

El *segundo* que podemos llamar de estado, no es más que una acentuación de los síntomas del primero, á los que se suman otros nuevos. En este período debemos estudiar ante todo los caracteres de la fiebre. Esta ha merecido los nombres de fiebre *ondulante*, *loca*, *sudoral*, y en verdad que todos ellos se los tiene bien ganados. Aun cuando de una manera general podamos afirmar que no es hipertérmica, hay algunos casos, pocos, en que he visto subir el termómetro hasta 40°,5 pudiendo ésto suceder lo mismo por la mañana que por la tarde. Recuerdo un hombre de cuarenta y cinco años en el que todas las mañanas á las once tenía 40°, empezando á descender á las tres de la tarde. Se mantenía entre 38°,5 y 37°,5 hasta el día siguiente á la misma hora en que volvía á subir. El tipo corriente, es el de fiebre continua con remisión, pudiendo remitir por la mañana, tarde ó noche, siendo este último caso el más corriente. Aun cuando la fiebre no suele subir de 38°,5, al remitir por la noche origina unos sudores enormes que calan sábanas, mantas y colchones. Este sudor es aún más abundante si le hemos administrado al enfermo fenacetina, piramidón ú otro antitérmico cualquiera. La subida de la fiebre *no se suele anunciar con escalos fríos* como en otras pirexias. El enfermo apenas nota una ligera sensación de frío por la espalda y otras veces nada. Cuando el tipo de fiebre no es hiperpirético no es raro encontrar al enfermo sin fiebre algunas horas del día, tanto por la mañana como por la tarde. Esto hace que si el médico quiere hacer una gráfica, tenga necesidad de visitar muchas veces al día.

El *rasgo más saliente* de la fiebre de Malta, el que le caracteriza por decirlo así, es la presencia de las llamadas *ondas*. Después de un período variable de fiebre de veinte á treinta días (en algunos casos hasta dos meses) la fiebre desaparece por completo, el enfermo se repone algo y el médico se felicita por la desaparición de la enfermedad. Pero esta alegría dura poco, pues á los ocho, diez ó quince días (á veces hasta mes y medio) sobreviene nuevamente la fiebre con iguales caracteres que la vez anterior. El *número de ondas* es muy variable de unos á otros enfermos. Si se deja la enfermedad abandonada á sí misma, puede durar hasta tres años, y como quiera que cada período suele durar unos cuarenta días, es fácil deducir el número grande de ondas. Durante la *fase apirética* el enfermo no se encuentra bien; persiste la tristeza, la inapetencia y la astenia. Estos datos harán sospechar al médico un nuevo ataque febril. Ordinariamente los períodos van siendo cada vez más cortos hasta desaparecer por completo la fiebre.

El *pulso* suele estar en concordancia con la temperatura. Cuando hay discordancia es siempre en el sentido de que el pulso es más frecuente de lo que correspondería á la temperatura. No he observado *ni un solo caso* en que el pulso sea lento. Partearroyo cita un caso con pulso muy lento. Este carácter á mi juicio es de una importancia grandísima para distinguir la infección que nos ocupa de la dotienenteria. Como por otra parte desciende el número de pulsaciones con la baja de la temperatura, éste es otro carácter para distinguir la de la fiebre de los fímicos. Por parte del *aparato digestivo* lo más notable es la *inapetencia*. Esta se presenta precozmente, y más que inapetencia es una verdadera repugnancia para toda clase de alimentos. Sobre todo si se ha tenido

al enfermo á dieta algunas semanas, después es materialmente imposible hacerle tomar nada. Este problema de la alimentación es uno de los más graves de los muchos que tiene que resolver el médico.

Ya hemos hablado antes del ligero dolorimiento que los enfermos acusan en el epigastrio: más que dolor es una *sensación de plenitud* que les hace decir constantemente que creen les ha hecho daño algo. Lo corriente es que presenten estreñimiento más acentuado por el uso inmoderado de las purgas. La lengua suele estar húmeda, roja y brillante. Es muy raro que presente saburra.

El hígado y bazo aparecen hipertrofiados, pero mucho menos que en el paludismo y otros procesos infectivos.

El color de la piel no varía apenas en los primeros meses, después se torna de una palidez *sui generis*, que hace que los médicos que ejercemos en localidades de endemia, diagnostiquemos muchas veces á primera vista. Se distingue fácilmente del color terroso de los palúdicos y más bien semeja una ligera ictericia. Pittaluga afirma haber observado casos de verdadera ictericia.

Ciertas glándulas endocrinas están con mucha frecuencia afectadas. Por parte del *testículo* se presenta la orquitis en un 5 ó 6 por 100 de los casos por mí observados. El testículo aparece muy aumentado de volumen (hasta cuatro y seis veces el tamaño del otro) y es una hinchazón blanda, fofa, que contrasta claramente con la dureza del epididimo. Es poco dolorosa á la presión, presentando, en cambio, fortísimos dolores espontáneos en el trayecto del cordón y en toda la fosa ilíaca del lado enfermo.

En las mujeres se presentan á veces dolores en las zonas ováricas, aun cuando no con la frecuencia é intensidad que en el hombre la orquitis. Esto bien puede ser debido á que el número de mujeres observadas por mí, no representa más que un 10 por 100 del total de enfermos.

Es muy frecuente la *amenorrea* hasta el punto de constituir casi la regla en esta enfermedad. He observado dos casos con una *pigmentación* muy parecida á la de los adonianos. La mucosa de la boca presentaba las manchas achocolatadas características. Los dos presentaron fuertes dolores de riñones. Naame y otros autores se ocupan de este asunto. El *carácter* se modifica, cosa, por otra parte, nada extraña, dada la duración de la enfermedad. El enfermo está triste y preocupado; cree que no se va á curar y habla continuamente del porvenir de su familia y de la marcha adversa de sus negocios.

Uno de los síntomas más salientes, más importantes de la fiebre de Malta, son los *dolores*. Son éstos tan frecuentes que es raro un caso que no los tenga. Siguen á la fiebre como la sombra al cuerpo. Los dolores son variadísimos en cuanto á clase, duración y localización. Artritis, artralgiás, neuralgiás, mialgiás y *rarisima* vez cefalea. La localización más frecuente es en los lomos, caderas y trayecto del ciático. Generalmente, empieza en la nalga derecha (no me he explicado aún el por qué de esta localización preferente). Permanece estacionado algunas semanas y luego se extiende por detrás del muslo, siguiendo el trayecto del ciático. En un 90 por 100, aproximadamente, el dolor tiene esta localización, repartiéndose el resto entre las grandes articulaciones (rara vez) y las masas musculares de los brazos, piernas y cuello.

En algunos casos, los dolores se generalizan y el enfermo está envarado, baldado, sin poder mover pies ni manos, ni girar el cuello, inspirando verdadera lástima al que los contempla.

Son muy importantes los *caracteres del dolor*. Es un dolor sordo, profundo, continuo y que no se exaspera por la presión, siendo estos caracteres importantísimos para distin-

guirlos de los dolores reumáticos y gotosos. Otro carácter importante de este dolor, es que se exaspera atrozmente cuando el enfermo está acostado y en las horas de la madrugada, lo que hace que la mayor parte de estos enfermos pasen la enfermedad sentados en una silla ó mecedora.

El sitio donde asienta el dolor no presenta alteración visible. No está rojo, ni edematoso, ni duele al apretar, hasta el punto que el médico tiene que atenerse á lo que le dice el enfermo, puesto que no hay síntomas objetivos que puedan guiarle. Estos dolores son *rebeldes* á todo tratamiento, y, por tanto, no se modifican lo más mínimo con los salicilatos, aspirina, etc. Por parte del *aparato respiratorio* se presentan dos clases de lesiones, ó bien *congestiones agudas* con estertores de finas burbujas, expectoración sanguinolenta, fiebre intensa, por todo lo cual simula una bronconeumonía (en realidad lo es); ó bien fenómenos congestivos de *evolución lenta* con tos intensa, expectoración abundante, gorgoteo y estertores de toda clase, lo que unido á la demacración, fiebre y sudores, hacen muy difícil el diagnóstico diferencial con la tuberculosis pulmonar. He tenido casos muy demostrativos de ambas categorías de enfermos. El primero, era un pastor de cabras que venía sintiéndose malucho algún tiempo y que de repente le dió un frío intenso, y al ver que arrancaba sangre, me mandó llamar. Presentaba un foco congestivo en el vértice del pulmón derecho, fiebre de 39° y dolor debajo de la paletilla; la expectoración era abundante, blanco amarillenta con estrías de sangre. Creí, francamente, que se trataba de una *común* bronconeumonía é insitui el tratamiento apropiado; pero al ver que á los trece días la coea seguía igual y que el dolor se había corrido á los músculos del cuello, unido esto al oficio del enfermo, me hizo pensar si se trataría de un caso de fiebre de Malta. Como no quería dejarse sacar sangre, esperé algún tiempo, observándole todos los días. A los diez y siete días desaparecieron los síntomas del pulmón, pero se presentó el dolor característico en la cadera derecha y en el ciático. Le vacuné y curó al cabo de un mes.

Respecto á la segunda clase de enfermos, tuve uno hace cinco años, que dió origen á múltiples disputas con los compañeros que fueron en consulta. Se trataba de un hombre de veintiocho años, calero de oficio, fuerte é incansable en el trabajo. Poco á poco empezó á perder el apetito y se cansaba con gran facilidad. Después sobrevino fiebre, tos intensa, expectoración abundante y purulenta, dolores intensos en la cadera derecha, sudores profusos, etc. Le estuve visitando tres ó cuatro meses, y aun cuando todos estos síntomas unidos á fenómenos congestivos de ambos vértices, hacían pensar en una tuberculosis, yo rechazaba esta idea en primer lugar, porque me parecía imposible que un hombre fuerte á quien había conocido unos meses antes entregado á sus ocupaciones, siendo incansable en el trabajo, hubiera contraído una tuberculosis pulmonar y articular en tan poco tiempo. Aparte de eso, la cadera, en la que tenía el dolor, no presentaba ni el descenso del pliegue glúteo ni alteración de ningún género, y lejos de aumentar el dolor, al hacer la palpación profunda, el enfermo decía que le producía alivio el apretarse. Esto, unido á cinco análisis de esputos negativos, me hacían, como digo, rechazar la idea de finia. Como quiera que otros compañeros habían diagnosticado tuberculosis y la familia parecía estar conforme con ello, yo juzgué prudente retirarme de la casa. Por entonces fué cuando cayó en mis manos el folleto de que hablé al principio y tuve el convencimiento de que aquél enfermo lo que tenía era Malta. Supe después que había ido á los baños de Fortuna y al cabo de un año, fuera por los baños, ó porque la enfermedad tocó á su fin, es el caso, que el

enfermo curó completamente y hoy trabaja igual que antes. Este caso nos dice claramente cuán fácil es, por un examen superficial, confundir la tisis con la fiebre de Malta y nos prueba igualmente que profundizando un poco en los detalles, se llega á encontrar la verdad. Por parte del *corazón y grandes vasos* no hemos encontrado nunca alteración que se pueda referir á la enfermedad que venimos estudiando; á pesar de ello, autores de reconocida competencia, Sarra-don Roger, Hugues y Partearroyo, dicen haber visto casos de verdaderas endo, mio y pericarditis melitensis de curso lento.

En la orina es raro encontrar albúmina. En cinco casos que la hallé en abundancia, pude comprobar que eran cardíacos ó nefríticos con anterioridad al proceso melitocócico. Son frecuentes las descargas de fosfato amónico magnésico, explicables en muchos casos por el mucho bicarbonato que toman los enfermos á fin de aliviarse de esas molestias de estómago de que ya hemos hablado antes. Claro está que al alcalinizarse las orinas precipita el fosfato amónico magnésico. Con frecuencia se encuentra indicación.

La anemia es intensa en los casos avanzados. En algunos casos hemos hecho recuento globular y hemos hallado cifras variables entre 3,5 millones y 4,2 fd. (Pittaluga cita un caso de 2 millones). En general, hay mononucleosis, como corresponde á lo crónico del proceso y se encuentran también algunos eosinófilos. En esto de los eosinófilos, para darle valor al dato, será preciso cerciorarse de que no hay parásitos intestinales. Son muy frecuentes las epistaxis.

Las complicaciones supuratorias son muy raras. Entre tantos enfermos como hemos visto solamente hemos encontrado supuración en dos casos. Uno de ellos falleció á los diez y siete meses de enfermedad. En él fracasó por completo la seroterapia y vacunoterapia. Cuando llevaba ya un año de enfermedad y nueve meses de dolor fijo en la nalga derecha, se le empezó á abultar ésta, y hubo necesidad de hacer la dilatación del absceso. Salíó gran cantidad de gases con un olor nauseabundo y luego un pus viscoso y negruzco en el que no pude encontrar gérmenes de ninguna clase. La herida no tenía tendencia á cicatrizar y á pesar de lavarlo todos los días dos veces con licor de Dakin puro, siguió el olor y la supuración hasta que al mes falleció el enfermo. El otro tenía orquitis y su médico le había abierto. Según me decía el enfermo, los caracteres del pus eran idénticos al caso que describo anteriormente. Perdí de vista al enfermo y no sé cómo terminaría la enfermedad.

Resumiendo todo lo dicho vemos que la fiebre de Malta reviste dentro de su aparente polimorfismo, tres principales modalidades clínicas.

(Se continuará.)

UN GRANO MAS

ABOLICIONISMO

POR EL

DR. CÉSAR JUARROS

Aun cuando en España la expansión de la ideas abolicionistas se haga con creciente dificultad y sean todavía mayoría los que las niegan no sólo trascendencia, sino beligerancia, es lo cierto que en otros países idénticas campañas suman adeptos, en proporción cada día más alentadora.

No precisa mirar por encima de los Pirineos ni se necesita invocar civilizaciones nórdicas totalmente en

discordancia con nuestro ambiente, cultura, raza y tradiciones; á un paso nuestro, en la nación hermana, en Lisboa, se celebró recientemente un «Congreso feminista y de Educación», organizado por el «Congreso Nacional de las mujeres portuguesas». Congreso en el cual fué dedicada una de las ponencias al abolicionismo. Estuvo á cargo del abogado Arnaldo Brazao.

Nos es muy grato para ejemplaridad de incomprensiones tozudas y estímulo de voluntades vacilantes, dar aquí su traducción.

Muchas veces se nos ha acusado de románticos, de disonantes, de ilusos. Hable por nosotros el afamado abogado portugués. Si no convence, por lo menos logrará probar que los abolicionistas españoles no somos nada esporádico en la feria grave de las reivindicaciones sociales.

Dice Brazao:

I

El tema de esta ponencia hállase íntimamente ligado con el problema de la prostitución; pero aun cuando este mal social sea digno de nuestra atención, no nos referiremos á él, sino muy ligeramente. Enfocaremos la cuestión desde el punto de vista del abolicionismo, tratando de las leyes y reglamentos policíacos.

En Portugal han sido pocos aquellos que se han puesto abiertamente al lado del abolicionismo, tratado y alabado en monografías científicas y en alguno que otro trabajo ó artículo periodístico y nada más.

Vamos, pues, como oscuros obreros, á colocar una piedra más y una pequeña pellada de argamasa en ese gran edificio de educación moral que es el Abolicionismo y que entre nosotros se encuentra todavía en sus cimientos.

Hagamos un poco de historia.

La gran campaña contra las leyes de excepción fué iniciada en Inglaterra, después de ponerse en ejecución la ley reglamentarista de 1864.

Los Dres. Worth y Carlos Bell Taylor, alzan su voz contra tal ley, siendo secundados luego por varios médicos, abogados y muchas otras personas de elevada categoría social.

Como viesan que sus esfuerzos resultaban inútiles se dirigieron á Josefina Butler, admirable espíritu de mujer, que ya estaba al frente de un asilo destinado á recoger menores.

Convencida, emprende Josefina Butler la cruzada fundando la «Asociación Nacional de Damas Inglesas». Vé colocarse á su lado á Florencia Nightingale, á la señora de Lucas, hermana de Stuart Mill, á la señorita de Bright, hija del Dr. Bright, á la célebre doctora Inés Mac Laren, que llevó su propaganda hasta junto al Papa León XIII, á la duquesa de Manchester, Cristina Alsop, Heriberto Spencer, Stuart Mill, James Stansfeld, Jorge Russell, los Dres. Wood, Hodgson, Bell Taylor y tantos otros.

Bien iniciada la campaña abolicionista pronto tiene resonancia en el Continente.

En Francia se adhieren al movimiento Ives de Guyot, Julio Simón, León Richer, Julio Fabre, Luis

Blanc, Víctor Hugo, María Desraimes, Sara Monod y los Dres. Fiaud y Monod, etc.

En Italia abrazan las nuevas ideas Mazzini, Aurelio Saffi, Dr. Bertani, la señora de Verdier, Alexandrina Ravizza, etc.

En Suiza el Dr. Ladame, el pastor Claparede, Fatio, Henri Minod, las señoras de Norsier y Naville.

En España levantan su grito de protesta Emilio Castelar, Concepción Arenal, Manuel Ruiz Zorrilla, Nicolás Salmerón, Pi y Margall, etc., (1).

Fué dura, encarnizada y larga la lucha.

Josefina Butler se vió insultada varias veces en las calles de Londres. William Staer comparece ante los Tribunales belgas; Ives de Guyot es condenado á seis meses de prisión por haber escrito contra la policía de las costumbres una serie de artículos publicados en *Les droits de l'homme* y *La Lanterne*.

A pesar de ello no surgió el menor desánimo en las filas abolicionistas.

La primera victoria fué alcanzada en Inglaterra el año 1883 con la supresión de la visita sanitaria obligatoria; tres años después, en 1886 fueron abolidas las últimas disposiciones reglamentaristas que tanto afrentaban á la dignidad humana y á la libertad individual.

En Noruega, en Dinamarca, en Holanda, en Suiza, en los Estados Unidos siguen el ejemplo.

En Francia, 250 Ayuntamientos prescinden de la reglamentación; en Italia ya funciona el abolicionismo; Alemania es casi en su totalidad abolicionista, y en los demás países encuéntrase la reglamentación en plena decadencia, la misma que hace medio siglo estaba en boga y hacía escuela.

Esta decadencia acentúase cada vez más, y es de creer y suponer que dentro de un cuarto de siglo hayan dejado de estar en vigor los reglamentos (2).

II

Antes de nada es ya tiempo de daros á conocer el verdadero significado de «abolición» y «abolicionista», términos mal comprendidos por muchos, mal interpretados por otros, intencionadamente desvirtuados por algunos que tienen en muy poco la dignidad, la honra y la libertad ajenas.

«Abolición» quiere decir simplemente revocar las leyes y reglamentos policíacos que regulan, reconocen ó permiten la práctica de la prostitución.

Supónese muchas veces que significa abolición de la prostitución, difícilmente capaz de ser abolida por un artículo del Código ó por otro medio.

Pero no es así.

La prostitución, como mal social que es, encuéntrase sujeta á un conjunto de circunstancias muy com-

plejas, que no pueden ser modificadas por la voluntad individual.

El modo de actuar sobre ellas debe ser simultáneo y comp añero de la evolución de las sociedades.

«Abolicionistas» son aquellos que se oponen á todas las disposiciones legales, á las medidas de policía autorizando la inscripción ó examen médico de las prostitutas, así como á todas las disposiciones que no se di rigen sino á una de las dos partes (1).

Es ya tiempo de dejar establecido para siempre que las prostitutas deben más acogerse á los beneficios de una sociedad siempre en evolución, que no ser víctimas de su desprecio y de sus convencionalismos ridículos.

Los reglamentos policíacos, como medida de profilaxis social, no logran detener los progresos de la prostitución, siempre *en crescendo*, pues el número de prostitutas públicas ó clandestinas va en aumento. No consiguen tampoco reducir el número de infectados por el mal venéreo.

No siendo fácil obtener estadísticas modernas de los Centros oficiales, nos contentaremos con los datos facilitados por el Dr. Mendes Correia relativos á la ciudad de Oporto (2):

AÑOS	Prostitutas matriculadas.
1898.....	3.996
1899.....	4.110
1900.....	4.233
1901.....	4.371
1902.....	4.497
1903.....	4.617
1904.....	4.733
1905.....	4.833
1906.....	4.941
1907.....	5.030
1908.....	5.070

Este fenómeno no se da sólo en Oporto. Se manifiesta en todas las ciudades. En todos los tiempos ha ocurrido lo mismo.

En cuanto á las dolencias infecciosas, antes de dar algunas opiniones de las autoridades médicas nacionales y extranjeras para que nuestro trabajo sea reforzado por el parecer valioso de los peritos y quedando demostrada la ineficacia de los reglamentos, vamos á presentar datos estadísticos ingleses muy demostrativos, referentes á la sífilis, extraídos del *Army Medical Reports* y publicados por Flexner:

REGLAMENTACIÓN LIGERA

AÑOS	Número de reclutas examinados.	RECUSADOS POR SÍFILIS	
		Número.	Proporción por 1.000.
1866.....	20.410	338	16,56
1867.....	26.646	440	16,51
1868.....	23.543	303	12,88
1869.....	17.749	291	16,40

(1) Abraham Flexner: *La prostitución en Europa*.

(2) Dr. Mendes Correia: *Os criminosos portugueses*.

(1) El movimiento abolicionista español quedó interrumpido hasta la creación, en 1922, de la "Sociedad Española de Abolicionismo", cuyos principales elementos directivos son: María de Martínez Sierra, vicepresidenta; "Beatriz Galindo", doctora Bustamante, Aurora Riaño, Victoria Kent; Dr. Sampelaye, secretario; Teodoro Iradier, Gregorio Martínez Sierra, Fernando de Larra y Dr. Juarros, presidente.

(2) Doctora Paulina Luisi: *La Trata de Blancas*.

REGLAMENTACIÓN SEVERA

AÑOS	Número de reclutas examinados.	RECLUTADOS POR SÍFILIS	
		Número.	Proporción por 1.000
1870.....	38.408	606	15,78
1871.....	36.212	593	16,38
1872.....	28.390	446	15,67
1873.....	24.895	411	16,51
1874.....	30.557	481	17,74
1875.....	25.878	327	12,63
1876.....	41.809	634	15,15
1877.....	45.803	680	15,52
1878.....	43.867	665	15,16
1879.....	42.668	573	13,43
1880.....	46.108	538	11,67
1881.....	47.444	593	12,50
1882.....	45.423	487	10,72

REGLAMENTACIÓN SUSPENDIDA

1883.....	59.436	583	9,81
1884.....	66.882	707	10,57
1885.....	72.249	706	9,77

ABOLICIÓN COMPLETA

1886.....	74.991	613	8,18
1887.....	60.976	494	8,10
1888.....	49.172	382	7,77
1889.....	53.904	358	6,64
1890.....	55.367	351	6,34
1891.....	61.322	300	4,90
1892.....	68.761	318	4,62
1893.....	64.110	314	4,90
1894.....	61.985	315	5,09
1895.....	55.698	194	3,48

En este cuadro estadístico encontramos cuatro períodos: Reglamentación ligera (1866-1869), Reglamentación severa (1870-1882), Reglamentación suspendida (1883-1885), Abolición completa (1886-1889).

Analizando las cifras que más nos interesan comprobébase un rápido descenso con el régimen abolicionista.

Son verdaderamente significativas y elocuentes.

Por lo menos los números declaran que la lues ha disminuido considerablemente en Inglaterra desde que fueron abolidas las leyes reguladoras de la prostitución.

No nos fué posible encontrar las estadísticas relativas á los otros males venéreos.

Según nuestro parecer, estas otras dolencias deben haber sufrido una gran disminución. Su decrecimiento debe acompañar al de la sífilis.

Aun cuando nuestra opinión esté fundada en conjeturas, no creemos pueda ser otra la deducción obtenida de los números transcritos. No hay motivo que justifique aplicar criterio diferente.

Debemos observar además, que las inspecciones médicas á que se refieren las estadísticas recaen sobre personas de baja esfera, aventureros, individuos que viven en las últimas capas sociales dado el sistema de reclutamiento voluntario usado en Inglaterra.

Para terminar este capítulo veamos las opiniones de algunos médicos:

Dr. Angelo da Fonseca (1), profesor de la Facultad de Medicina de Coimbra: «Con respecto al incremento del

reglamentarismo, no hemos notado bajas sensibles en el movimiento de tales dolencias; por el contrario, en algunas partes recrudescencias.»

«Desde el punto de vista profiláctico importa insistir en un punto: en el valor nulo de la hospitalización.»

«La serie de medidas actualmente en vigor concretadas á un aspecto limitadísimo del problema, representan cuando más una excepción legal destinada á una minoría; como colofón tienen además una agravante: recaer sobre menores.»

«Es ya momento de concluir con el sistema seguido hasta ahora que degrada á la mujer, sin que de esa degradación pueda resultar una profilaxis de las dolencias venéreas ni el más pequeño provecho general.»

Dr. Silvio Rebelo (1), profesor de la Facultad de Medicina de Lisboa: «En nombre de la salud de todos nosotros, con el espíritu entristecido por los innumerables estragos que la sífilis produce, afirmo la necesidad de abolir los reglamentos. En la peor de las hipótesis esta derogación vendría á colocar la pequeña minoría de las prostitutas matriculadas en circunstancias iguales á las en que vive la legión de las clandestinas.»

Dr. Félix Renault (2): «Lo ocurrido en los países donde se ha abolido la reglamentación es favorable á esta tesis.»

En el Congreso de Bruselas de 1903, el profesor Landouzy de acuerdo con los Dres Queyrat y Gaucher, el segundo médico del Hospital Cochin Ricord, y el último profesor de Sifiliografía en la Facultad de Medicina de París sostuvieron «que siendo el régimen de reglamentación tal como está establecido actualmente totalmente ineficaz, debe ser abandonado. En materia de dolencias venéreas es necesario establecer un derecho común igual para el hombre y para la mujer.»

Doctora Paulina Luissi, médica del Uruguay y miembro permanente de la Comisión Internacional de la Trata de Blancas, en la Liga de las Naciones:

«La reglamentación es odiosa porque á un tiempo mismo resulta favorable al vicio, enemigo implacable de la mujer caída y completamente opuesto á su misión de ley social represiva.»

Terminamos aquí para no alargar demasiado este nuestro modesto trabajo.

III

La reglamentación de la prostitución por el Estado, establecida bajo el triple estado de orden, moral é higiene, es de todas las instituciones sociales creadas con análogo fin, la que más escandalosamente ha fracasado.

No resuelve el problema que el Estado tendía á dar solución al instituirlo: guardar ó mejorar la salud pública.

Como ley de excepción inicua, á su sombra han sido cometidas monstruosas é injustas violencias.

El sacrificio impuesto á las pobres víctimas no es obstáculo á que la corrupción se desenvuelva. El sis-

(1) *Dr. Silvio Rebelo: O Perigo da Sífilis.*

(2) *Dr. Félix Renault: L'Évolution de la Prostitution.*

(1) *Dr. Angelo da Fonseca: Da prostituição em Portugal.*

tema reglamentarista no es más sino una de las formas de la disolución con grave perjuicio para la familia.

Encierra en sí además, el principio de la doble moral contra el cual se han levantado las huestes feministas y todos los buenos corazones.

Pero no basta con derogar los reglamentos de que nos venimos ocupando.

Es indispensable y urgente crear nuevos dispensarios, consultas hospitalarias y otros medios de combatir estas dolencias.

Desde el punto de vista de la defensa social deben estar en el mismo plano de igualdad que cualquier otra.

Con lo que llevamos expuesto creemos haber logrado nuestro deseo de demostrar la ineficacia del régimen reglamentarista.

Para terminar, podemos repetir las palabras de la Federación Internacional Abolicionista: «La reglamentación de la prostitución es un error higiénico, una injusticia social, una monstruosidad moral y un crimen jurídico.»

CONCLUSIONES

I. El Estado que no reconoce la prostitución como medio de vida, percibe los males por ella producidos y procura su remedio.

II. La prostitución no es un delito.

III. Los Reglamentos de la prostitución como cualquier otra medida excepcional contra la mujer, por ineficaces, por inmorales, por degradantes y por un rudimentario principio de equidad, deben ser abolidos.

IV. Como medidas de profilaxis social debe procurarse:

a) Desenvolver y perfeccionar la asistencia médica gratuita a los enfermos venéreos, debiendo suprimirse los hospitales especiales para el tratamiento de estos padecimientos.

b) Divulgar los conocimientos de higiene individual, las medidas preventivas y los males causados por las dolencias venéreas por medio de mitines, folletos y otros impresos, grabados, películas cinematográficas, museos, etc. (Lisboa, Marzo 1924).

Hasta aquí Arnaldo Brazao. Su alegato es fervoroso, ingenuo y diáfano. No se trata de un cerebro nordestino, sino de la propia raza.

Que su entusiasmo sea hoguera a cuya luz adivinen la razón de la causa, alguno de sus enemigos por sistema, es nuestra esperanza. Ella nos llevó a traducirlo.

29 Junio 1924.

Mi modesto criterio para el próximo Congreso de Pediatría

POR EL

DR. DUARTE SALCEDO

(de Granada).

La Pediatría como tal especialidad es, sin duda, una ciencia nueva en España, que atraviesa los albores de su niñez, lo cual es debido á que todavía no ha llegado á dominio del

público y de muchos médicos, sus fundamentos como una rama justificada de la Medicina.

En España hay buenos pediatras, pero están diseminados, sin espíritu corporativo, sin sentimiento nacional en sus doctrinas. Y son buenos, repito, porque cuando un terreno está en barbecho, se encuentran todos los obstáculos para su cultivo: ni en la educación ciudadana, ni en las leyes, ni en las costumbres, ni en el criterio de algunos médicos, ni en las Facultades de Medicina, hay todavía ambiente para hacer una puericultura intensa, y los pediatras que tienen que luchar contra este ambiente tan negativo, son á mi juicio convencidos meritorios, que bien merecen el calificativo de heroicos quijotes de la infancia, y que tienen que ser capacitados y buenos.

En España la Pediatría es todavía un tallo tierno, con la arrogancia y la pujanza de la niñez, pero con la fragilidad y desarmonía de los primeros años de existencia.

Gracias al sublime apóstol D. Manuel de Tolosa Latour se organizó en Madrid, en 1914, la Primera Asamblea Nacional de Protección á la Infancia.

En 1914, también, el muy ilustre é incansable propagandista Dr. Martínez Vargas organizó en Palma de Mallorca el Primer Congreso Nacional de Pediatría.

Luego vinieron varios años de letargo, excepción hecha de la labor lenta del Consejo Superior y las Juntas oficiales de Protección á la Infancia, de cursillos ó conferencias aisladas de la Sociedad de Pediatría, el Hospital del Niño Jesús, etcétera, etc.

La actividad y entusiasmo del prestigioso Dr. Arquellada fueron el móvil para realizar el II Congreso Nacional de Pediatría en San Sebastián, en Septiembre último.

Este Congreso fué de un éxito relativo, porque la cooperación de las primeras figuras pediátricas no fué ni numerosa ni sincera, y porque la rápida preparación le hizo abortar un poco.

El III Congreso va á celebrarse en Zaragoza en 1925, y creo que todos los aficionados tenemos el deber de dar la opinión á la Comisión organizadora, y ésta tiene el deber también de recibir todos los elementos de juicio que estime oportunos.

..

Yo soy un tanto escéptico referente al resultado práctico de Asambleas y Congresos en general, cuando para ellos no hay interés profesional colectivo, ó cuando falta apasionamiento. Nada más inútil que un Congreso con ambiente interno de frialdad y externo de indiferencia, en cuyo caso degenera en un discurso inaugural, dos banquetes y muchas cachupinadas y excursiones para júbilo de la familia de los congresistas.

Es de capital importancia que el Comité organizador excite el entusiasmo de los pediatras y con un programa sensato y de interés evidente logre el compromiso de cooperación sin rencillas ni personalismos.

En mis viajes de perfeccionamiento al extranjero, se ha despertado con ardor en mí el convencimiento de una reforma entre nosotros que identifique los criterios y que solidarice nuestra personalidad nacional. Yo he sacado las siguientes impresiones:

1.^a Que en cada país tiene la Pediatría un carácter nacional y *exclusivista*. Es decir, en las doctrinas y en las clínicas francesas, ni por casualidad se cita ó comentan las doctrinas de un autor alemán, y viceversa.

2.^a Que si bien en cantidad tenemos mucho que envidiar á estos países, no sucede así en *calidad*, pues hay un respetable número de pediatras españoles eminentísimos y de

espíritu creador, que son totalmente ignorados por los extranjeros, y más aún, por los compatriotas; y

3.ª Que me es extraordinariamente desalentador é irritante, la fiebre moderna que padecemos de copiar al pie de la letra y hacer imprescindibles las teorías del vecino, con el agravante de ignorar y despreciar lo mucho que se trabaja en casa.

Esta manera de pensar me trae de la mano para llevar al ilustre Dr. Borobio mi modesto criterio, insignificante por su procedencia, pero grande y entusiasta por el fervor que profeso al problema infantil de nuestro país.

Si el Congreso no tiene *color de rigurosa especialización, ni calor nacional*; si queda reducido al desfile rápido de casos clínicos interesantes, ó á la exposición de notas bibliográficas de experiencia ajena; si llenos de buena fe y con armonía no vibramos al organizar con hondura la «Sociedad Española de Pediatría», el Congreso fracasará.

Decía al principio, que nuestra ciencia está en su niñez, y, por esto, creo un error fundamental ocuparse de sutilezas caprichosas y de patogenias supraltraesenciales, cuando lo más elemental, lo más urgente, está por hacer.

Sería un acierto grande concretarse sólo á tres ó cuatro ponencias sabiamente seleccionadas y no cesar hasta llevarlas á la realidad, porque todo lo que no sea de aplicación práctica inmediata y con miras á su ejecución... es tiempo y trabajo que tiramos por la ventana. Y si no ¿qué se ha hecho con las conclusiones del Congreso pasado? Los discursos, las promesas oficiales, el compromiso de las autoridades... quedó en agua de cerajas.

Es urgente entre nosotros un programa y una orientación en la lucha contra las afecciones digestivas de la primera edad. En Francia y Alemania la lactancia materna es del 28 por 100 de los niños, y es muy lógico esa oleada de organización que han emprendido en contra de la lactancia artificial, y se comprende la práctica y la amplitud que allí tiene la patología de la lactancia artificial, y el incremento de las leches preparadas.

En España todavía la lactancia artificial es un método de excepción, pues el 89 por 100 de los niños son criados por sus madres ó por nodrizas (sobre todo en las clases bajas y en provincias y pueblos). ¿Está bien que aquí empleemos el mismo procedimiento? Para nosotros el problema es completamente distinto porque nuestra cruzada debe ser «para seguir fomentando y perfeccionar la lactancia materna por medio de la divulgación de la higiene infantil, y reglamentar debidamente el servicio de nodrizas».

Para nosotros no sólo son diferentes los problemas, sino también la patología. Ellos nos dicen, por ejemplo, que la atrepsia es excepcional en los criados al pecho y que las diarreas en la lactancia materna son benignísimas, y repetidamente encontramos en nuestra clientela atrepsicos y diarreas que producen la muerte en los niños que maman.

El clima, las costumbres, la ocupación femenina, el incremento de la higiene, etc., hacen variar por completo la patología de un país á otro, y es un error crasísimo carecer de espíritu de adaptación aplicando sin ton ni son las conclusiones de aquellos libros. A mi manera de ver es un desatino enorme y frecuente, dar á un niño criado por su madre que padece diarrea ácida, albulactol ó cualquier leche albuminosa, cuando el mismo Finkelstein sólo la recomienda en la lactancia artificial, y cuando no se disponga de leche de mujer.

El problema de la lactancia en España tenemos que resolverlo los pediatras españoles, y no los extranjeros por muy sabios que sean. Y á tenor de mi argumento pudiera

citar muchos ejemplos. Es muy lógico que en Francia y Alemania en donde no han visto una cabra, los estudios y los experimentos sean á base de la leche de vaca, pero es un desquiciamiento y falta de sensatez que por Andalucía en donde abundan especies de cabras superiores, y donde escasean las vacas, los pediatras se sugestionen con las leches modificadas que recomiendan los libros traducidos, y no hagan estudios sistemáticos ni apliquen la leche de cabras. Yo sé de un sitio que teniendo una raza de cabra alpina excelente, al instalar una Gota de leche trajeron unas vacas de Suiza, y mientras la cabra lustrosa y abandonada pastaba en la montaña, las pobres vacas se secaron en su destierro.

Así como en la primera infancia la patología gira alrededor de la alimentación, en la segunda y tercera infancia gira alrededor de la escuela, en donde adquiere casi todas las enfermedades. Pues bien; otro problema urgente á resolver en España es la intervención del puericultor en el colegio.

Para vergüenza de pediatras, de políticos y de maestros, España es el único país del mundo que no tiene organizada amplia y seriamente la Inspección Médico-Escolar. Los problemas que hace un siglo debatían las naciones cultas, ahora empezamos á ponerlos sobre el tapete. ¡Qué vergüenza! Mientras allí abundan dispensarios, sanatorios, colonias, cantinas y roperos escolares, y tienen un Cuerpo espléndido de médicos, enfermeras é higienistas escolares, aquí se cuentan con los dedos de la mano los médicos escolares, y se concede la Cruz de Beneficencia al que crea una escuela al aire libre ó organiza una colonia escolar.

La lucha contra la tuberculosis en la infancia, la profilaxia de las enfermedades contagiosas, el tratamiento de anormales, profilaxia de delincuentes, acción tutelar del tribunal de niños, profilaxia de la sífilis por educación sexual, robustecimiento por la educación física, etc., etc., son problemas capitales que *ni siquiera se pueden abordar*, porque todos tienen por base el despistaje en la escuela.

Una ponencia oficial, que el Congreso debe tomar como cuestión de honor nacional, es la creación de la Inspección Médico-Escolar, si es que no queremos construir la casa empezando por el tejado.

La Pediatría tiene un capítulo extraordinario de acción social, y en protección á la infancia no hay todavía programa ni orientación que aclare el horizonte, y mientras tanto, los niños se mueren sin deber en los centros benéficos, ó la miseria les arrastra al vicio, á la delincuencia, á la prostitución y á la incultura.

•••

El momento es muy oportuno, y el Comité organizador puede iniciar una era redentora, á condición de romper los moldes rutinarios que á fuerza de tantos chinchines y bamballas hacen estériles los Congresos.

Si para algo vale mi criterio yo lo sintetizo así:

- 1.º Que el ambiente del Congreso sea rigurosamente nacional para crear con personalidad propia la Pediatría española, cuya razón de ser está sobradamente justificada.
- 2.º Que sea una Asamblea de pediatras *auténticos*, procurando la ineludible cooperación de los significados.
- 3.º Reducir al mínimo el número de ponencias oficiales, y que éstas sean sensadamente escogidas, puesto que más que las sutilezas científicas, nos interesa resolver los problemas elementales é indispensables para una labor fructífera futura.
- 4.º El Comité no cesará en su misión, ni se celebrarán próximos congresos hasta haber llevado á la realidad las conclusiones; y

5.º Para procurar la unión, fomentar la difusión y propaganda, impedir las perversiones de criterio por influencias extranjeras no á propósito en nuestro país, crear una Enciclopedia de Pediatría genuinamente española, en donde se vieran las enseñanzas y prácticas de nuestros maestros, para uso de estudiante y médicos.

Granada, Julio, 1924.

IDEAS CLÍNICAS

Fenómenos pulmonares en la hipertensión arterial

POR EL

DR. G. R. GONZALO

Que la sangre contenida dentro del aparato vascular, cuando está sometida á un exceso de presión, altera, entorpece y dificulta el funcionalismo de los órganos por él irrigados, dando lugar á curiosos y determinados fenómenos y síntomas en cada uno de ellos, es asunto bien conocido en clínica y suficientemente deslindado, hoy día, de otros procesos con los que antiguamente eran confundidos.

Sin embargo, los referentes al aparato respiratorio adquieren, en ocasiones, formas clínicas tan especiales, que no es infrecuente ver confundir sus peculiares fenómenos, con procesos de análoga, aunque muy distinta, sintomatología; cosa que muy excepcionalmente sucede con los referentes á algunos otros aparatos u órganos, como el riñón, por ejemplo.

Es ante todo evidente, que con relación á la naturaleza de la causa productora de hipertensión arterial, existe una especial manera de responder los distintos órganos, y aun dentro de cada uno de ellos, una forma peculiar de hacerlo en sus diferentes manifestaciones clínicas y mecanismos patogénicos.

Consecuente con ello, la conducta terapéutica estará igualmente relacionada y en armonía con aquél mecanismo productor de hipertensión.

Prodúzcase la hipertensión arterial por un mayor esfuerzo contractural del miocardio (hipertrofia compensadora de lesiones óricas ó valvulares), por una disminución en la elasticidad arterial ó una vasoconstricción de extensas zonas arteriales (endoarteritis, esclerosis vascular, angiospasmos reflejos de vasos enteromesentéricos principalmente, etc.), por un aumento en la cantidad total de masa líquida circulante ó en su viscosidad, por una falta de filtración sanguínea (nefritis crónica, uricemia, etc.), por un obstáculo al vaciamiento capilar en las venas ó por cualquier otro de los múltiples y variados mecanismos reguladores de la tensión y, por ende, productores de sus peculiares trastornos, y siempre tendremos, que al lado de la sintomatología propia y exclusiva del fenómeno hipertensional, se nos presentarán los especiales de aquéllos órganos que más sufran en sus parénquimas por el trastorno de su riego sanguíneo.

Y estos órganos es lógico que sufran y manifiesten sus padecimientos con formas y mecanismos distintos, según aquellos causantes de la hipertensión que dejamos brevisimamente indicados.

Sabido es que el edema pulmonar, es el fenómeno clínico que ordinaria y generalmente suele traducir en el aparato respiratorio la hipertensión del cardiovascular. Pero éste fenómeno, para nosotros siempre valiosísimo síntoma, puede instaurarse lenta ó rápidamente (edema crónico ó agudo), en uno ó en ambos pulmones, en bases ó lóbulos superiores, en grande ó pequeña extensión, acompañado ó no de gran disnea, con ó sin tos, con ó sin expectoración espumosa y en ocasiones sanguinolenta, y todas estas formas y algunas más que no menciono, son reveladoras de causas, disposiciones anatómicas y mecanismos patogénicos que es necesario estudiar y determinar en cada caso clínico concreto y particular, pues no existen dos de análoga forma.

Insuficiente el ventrículo derecho para compensar una lesión órica ó valvular, manifiesta prematuramente su impotencia con éxtasis circulatorios de bases pulmonares, por exceso de tensión pulmonar, que acaban por producir trasudados interlobulillares, revelados á la auscultación por los característicos síntomas del edema de ambas bases pulmonares, lentamente instaurados, limitados á una pequeña zona primero y de fácil desaparición en un principio, mediante la tonificación ventricular.

Contrastando con dicha forma clínica de edema pulmonar, existe aquélla agudísima, repentina, extensa, que sorprende al enfermo en pleno sueño, despertándole súbitamente una intensa disnea que angustiosamente le ahoga, acompañada de tos seca en un principio, espumosa después y hasta sanguinolenta al final de no cesar el acceso, y durante el cual puede advertirse por auscultación, una verdadera inundación de estertores en ambos pulmones reveladores de un positivo y verdadero *encharcamiento* pulmonar y casi siempre ligado en su etiología, con procesos crónicos y esclerosos de riñón ó con angioesclerosis generalizadas, en ambos casos productores de intensas hipertensiones arteriales, premonitoras y productoras del referido episodio pulmonar.

En otras ocasiones, son insidiosas y graves lesiones de miocardio las que solapadamente engendran con carácter más ó menos agudo, éxtasis y edemas pulmonares uni ó bilaterales, que enmascarando su verdadera causa, simulan á la auscultación poco cuidadosa ó precipitada, procesos pneumónicos atípicos en los que, sin apenas tos, con escasa ó nula expectoración, á veces ligeramente herrumbrosa, *sin fiebre* siempre, hacen que el clínico poco avezado á la labor diaria de auscultación, conceptúe equivocadamente como pneumónico, lo que no es sino la manifestación pulmonar de una impotencia más ó menos grave de un miocardio hondamente lesionado en su parénquima.

Este mecanismo patogénico del edema hipostático pulmonar, es precisamente el que en clínica suele proporcionarnos más inesperadas sorpresas, pues bajo los aparatosos síntomas de un proceso grave de pulmón, se oculta la muy disimulada y silenciosa lesión de miocardio, que en momento imprevisto suele dar lugar á funestos é irremediables desenlaces que oportunamen-

te debió y pudo prever, y en su conciencia evitar, un buen clínico.

Finalmente, muéstranos la clínica en ocasiones no infrecuentes, la existencia de enfermos simplemente hipertensos, al parecer sin causa patogénica que explique su hipertensión (casi siempre diastólica) y que con ocasión de un hecho, al parecer insignificante (pequeñas operaciones quirúrgicas, ligeras indisposiciones que obligan a guardar cama, etc.), aparecen bruscamente intensos fenómenos congestivos de pulmón, edematosos después, que terminan rápidamente dilatando cavidades derechas de corazón ó haciendo insuficiente una importante víscera de eliminación (hígado, riñón, etcétera) y que acaban brevemente con la vida del enfermo.

En semejantes casos, existe positivamente una honda lesión vascular, que afectando ó no á vísceras importantes, es indudablemente la causa de aquélla hipertensión primero, del brusco y fatal cataclismo después, pero que ocultándose á nuestros medios de exploración (pues sólo la hipertensión mínima suele ser su única manifestación), no se nos presenta más que en momentos ya ineficaces para una acción terapéutica activa.

Tales son, brevísimamente bosquejados, algunos de los principales fenómenos pulmonares de los infinitos que pueden presentarse en el curso de una hipertensión arterial y que si las dimensiones propias que un artículo de revista debe poseer, á mi juicio, no permiten exponer, así orientados, el lector seguramente podrá concebir, con su buen juicio clínico, los numerosos y variados mecanismos patogénicos que en cada caso clínico le explique á satisfacción la causa y el porqué de los síndromes pulmonares que aparezcan en sus enfermos hipertensos.

Enero 1924.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 22 DE MARZO DE 1924

La panitrina en el tratamiento de los ruidos subjetivos del oído, de origen vascular.

El Dr. BARAJAS antes de exponer su comunicación sobre dicho asunto, saluda á los académicos y les da sinceras gracias por su nombramiento de corresponsal y á la vez recuerda el nombre de su inolvidable padre que le inició en la especialidad otorrinolaringológica, á que viene dedicado desde sus primeros pasos profesionales.

Señala el avance que hoy día se observa en el estudio anatomopatológico del órgano de la audición, dándose cuenta de su complicada sintomatología que orienta á la vez la metódica exploración, tanto en su función acústica como en la estática. Los estudios de Venturi, Purkinje, Menière, Goltz, Cyon, Politzer y otros en el extranjero, y los realizados en nuestro país por Rueda, Barajas, Cisneros, Compaired, Barberá, Tapia, etc., han abierto ancho campo en la fisiología del oído interno para la investigación razonada conducida de la mano por la anatomía patológica á través de las frágiles paredes del estuche óseo que encierra preciada joya, cual es la audición, susceptible de sufrir las

mayores alteraciones por los más leves procesos patológicos, tanto de orden general como local, y sobre todo, acompañando á tales perturbaciones funcionales, el fenómeno más desagradable, el más rebelde y desesperante, como es el ruido de oídos.

A este sintoma dedica el Dr. Barajas su estudio para fundamentar el tratamiento que mejor resultados ha conseguido en su práctica.

Con perfecto conocimiento de lo que es la Otología, se ocupa de los vasos laberínticos capaces de enfermar produciendo la sintomatología, y con este motivo detalla anatómicamente sus relaciones y distribución dentro del referido estuche óseo, factores patógenos de gran importancia en el mecanismo de las flebitis y trombosis consecutivas á otitis medias supuradas, como igualmente determinantes de algunos ruidos de soplo que suelen percibir en el oído los enfermos de anemia, del llamado *ruido del diablo* apreciado en las ectasias vasculares del oído medio y también en los aneurismas de la carótida que propulsan dentro de la cavidad timpánica y que permiten apreciarlas objetivamente por otoscopia, como en los casos de dehiscencia del bulbo de la yugular. Y no solamente toman parte en la génesis del ruido los vasos del oído interno, sino también los de la mucosa de la cavidad timpánica, que suelen sufrir alteraciones en su estructura y en su calibre cuando recaen enjima de zonas afectadas de otoesclerosis, siendo dichos capilares susceptibles de experimentar alteraciones, lo que constituye el capítulo más importante de las causas productoras de los ruidos de oído estudiadas detenidamente por Neumann, y reforzadas con la investigación anatómica de la sordera de los Dres. Ruttin y Fischer.

Otro de los puntos de que se ocupa el Dr. Barajas es el de la actuación del sistema nervioso de la vida vegetativa, que ocasionan crisis angioneuróticas, que ha permitido definir á Kobrak las hemiplejias laberínticas vasogénicas, afectándose unas veces todo el laberinto y otras solamente una parte, teniendo como punto de partida etiológico unas veces por anemia, en cuyo grupo entra la embolia infecciosa; trombosis obturante por arterioesclerosis, la endoarteritis obliterante sífilítica, la vasoconstricción por jaqueca y los accesos de vasoconstricción por arterioesclerosis no obliterante; otras veces, la causa es por hiperemia, como en la jaqueca; también puede ser por hemorragia, como en la leucemia y extravasaciones vasculares, y por último, por metástasis infecciosa de presentación apoplectiforme, sabiendo por los trabajos de Rosenfeld, Leidler y Lowy que ciertos síntomas laberínticos en las neurosis son explicados por variaciones de la presión vascular.

Explana el concepto que ha merecido á los especialistas la otoesclerosis en el fenómeno que estudia el Dr. Barajas, la influencia de los trastornos circulatorios en el laberinto membranoso, las alteraciones anatomopatológicas vasculares con imperfecciones del funcionalismo de las glándulas de secreción interna, los ruidos normales y patológicos producidos por las contracciones musculares, las alteraciones estructurales del conducto carótido, aneurismas de la arteria basilar, congestiones encefálicas y diferentes procesos vasodilatadores. A veces las arterias que están próximas al oído son comprimidas por tumores, ganglios, etc., y dan lugar al ruido de oídos, que desaparece en ocasiones mediante la compresión de la carótida, ó por el contrario, se manifiesta más intensamente, según las distintas posiciones de la cabeza.

A todo esto, añade el Dr. Barajas, que en la degeneración arteriosclerótica coclear se manifiestan los ruidos óticos, acompañados de una sordera lenta y progresiva, de co-

mienzo insidioso, unas veces unilateral y más frecuentemente bilateral, susceptible de sufrir alteraciones en su desenvolvimiento, bien por remisiones bruscas, ó bien por empeoramientos rápidos á causa de angioespasmos, trombosis, embolia ó ictus endolaberínticos apoplectiformes, siendo de verdadero interés para su interpretación, la observación de su ritmo, pues unas veces aparecen los ruidos discontinuos con alternativas de aumento ó de disminución, otras con interrupciones periódicas como golpeteos y ruidos de máquinas, en ocasiones se detienen regularmente, presentan en otras persistentes y continuadas como el rumor de una cascada ó el sonido de un timbre, y, en fin, pueden manifestarse bajo las formas más distintas, teniendo en cuenta la complejidad de los factores que entran en su producción.

Por todo lo cual, dice el Dr. Barajas, precisa la necesidad de un conocimiento etiológico exacto que permita establecer un justo diagnóstico, pues de él depende el tratamiento apropiado para combatir tan molesto síntoma. En un principio, los esfuerzos de la terapéutica se redujeron á modificar las crisis angioneuróticas del octavo par, empleando las inhalaciones de nitrito de amilo, con la pretensión de algunos de detener el proceso otoesclerótico en su período inicial, viniendo más tarde á ser sustituido ventajosamente por aquellos alcaloides del opio, cuya acción sobre los músculos de fibra lisa es más evidente, apareciendo en la práctica la papaverina con sus propiedades opuestas á las excitantes de la morfina.

El Dr. Barajas, siguiendo paso á paso estos estudios, ha empleado otro remedio, conocido con el nombre de *panitrina*, que es una solución de acetildietilamido nitrito de papaverina, dotado con propiedades biológicas de gran poder hipotérmico y con facultades inhibitorias de la musculatura lisa. Cita algunas estadísticas en pro y en contra de sus resultados, y dicho doctor tiene recogidas quince observaciones, once de ellas con resultados muy alentadores en el tratamiento de los ruidos óticos. Reseña brevemente ocho de aquéllas, y describe la técnica de las inyecciones de panitrina en la siguiente forma: primero clava una aguja resistente en el surco retroauricular previamente desinfectado con tintura de yodo, y siguiendo una dirección paralela al conducto auditivo externo, desvía ligeramente la punta hacia atrás hasta tropezar con el plano perióstico, y entonces, muy lentamente, se pone un centímetro cúbico de solución de novocaína al 2 por 100, se espera el momento preciso, y sin sacar la aguja se inyecta un centímetro cúbico de panitrina, que contiene cada ampolla de la Casa Boehringer, de Nieder-Ingelheim d'Rh.; al cabo de cuatro ó cinco días se repite igual maniobra en el oído opuesto; se dejan transcurrir unos siete días, los precisos para que haya pasado totalmente la reacción local, y se repite alternativamente en ambos oídos las inyecciones, que oscilan entre cuatro y ocho. Es prudente nueva intervención después de cinco ó seis meses.

El Dr. Barajas termina su interesante trabajo con las siguientes conclusiones:

- 1.ª La panitrina en otorrinolaringología se encuentra en un período de razonada observación ante los diferentes resultados de su acción terapéutica.
- 2.ª Las aplicaciones deben hacerse *in situ*, utilizando su acción vasodilatadora sobre las fibras musculares de los vasos del oído interno.
- 3.ª Los enfermos en que mayormente ha dejado sentir sus benéficos resultados son aquellos cuyos ruidos eran más recientes, estando en relación con la edad del enfermo, mejorando los más jóvenes, á pesar de sufrir los ruidos

bastante más tiempo, y siendo más dudosa su acción cuando los trastornos databan más de dos años.

4.ª En la fase inicial de la otoesclerosis con gran abundancia de vascularización é hipertermia intralaberíntica, puede obtenerse beneficios con el empleo de la panitrina, siendo su aplicación inútil para el alivio de los síntomas subjetivos de oído con etapas más avanzadas de este proceso.

5.ª Está perfectamente indicada su aplicación en todos aquellos estados congestivos de las más variadas naturalezas en que exista hipertensión del laberinto con retardo de la corriente circulatoria.

6.ª En los casos combinados de otoesclerosis con otorreya crónica los resultados obtenidos han sido nulos.

7.ª La inocuidad hallada en los casos en que ha sido utilizada la panitrina permiten aconsejarla con relativa amplitud, sobre todo ante la falta de otros recursos terapéuticos más activos en el terreno de la práctica; y

8.ª Que si bien la panitrina es en ocasiones poderoso mitigante de los ruidos de oídos, no puede aceptarse de modo absoluto, que su actuación sobre el oído esclerosado sea capaz de detener la marcha de este proceso.

El Dr. TAPIA al intervenir en la discusión dedica sentidas frases al Dr. Barajas (padre) que fué su maestro, congratulándose que fuera él el que informó favorablemente y con justicia, la memoria presentada por el disertante en opción á Académico corresponsal.

Se lamenta de que la mayoría de los otólogos descuiden la anatomía patológica de su especialidad, y sólo la Escuela de Viena sea la única que de ello se ocupe; aplaude la conducta del Dr. Barajas que en vez de encariñarse con un medicamento nuevo, no se ha dejado llevar únicamente por sus impresiones, sino que ha explorado los enfermos, ha apreciado el verdadero valor del medicamento para fijar conclusiones clínicas basadas en su experiencia personal. Añade el Dr. Tapia que ha empleado bastantes veces la panitrina y no ha obtenido los resultados que de ella se esperaban; con todo, ha podido apreciar que los ruidos, si no desaparecen muchas veces, al menos disminuyen y permite que el enfermo descanse y duerma, y otras nada se ha conseguido. De paso habla de la fibrolisina que sirve cuando los ruidos se producen por cicatrices fibrosas con tirantez de los músculos que comprimen la ventana oval; de la tiosinamina preconizada para combatir dichos ruidos por otoesclerosis, pero que de nada ha servido.

Experimentación personal sobre la corea y atetosis.

El Dr. LAFORA, corresponsal, empieza su comunicación haciendo historia de cómo ha ido ampliándose el estudio del tema que se propone desarrollar, y dice que desde 1912 en que Wilson publicó su interesante trabajo sobre la degeneración lenticular progresiva, caracterizada por cierta rigidez é hipertonía y movimientos involuntarios, la atención de los clínicos y de los anatomopatólogos se ha dirigido hacia las enfermedades del sistema nervioso, acompañadas de movimientos anormales. Hasta esa época, la mayor parte de las enfermedades nerviosas con movimientos anormales figuraban en el grupo de las neurosis sin lesión conocida, y no se había encontrado ninguna lesión que justificase una localización determinante del proceso sintomático. Desde entonces se han centuplicado los experimentos para darse cuenta de síndromes varios, sin que la clínica aclare el por qué, pues con lesiones semejantes dan unas veces temblor, otras movimientos atetósicos, coreicos ó mioclónicos. Cita las opiniones de notables experimentadores como Charcot que pretendió localizar los movimien-

tos anormales de corea, cuyos individuos tenían lesiones hemorrágicas en la parte posterior del tálamo y del núcleo lenticular, y entonces dijo que la corea no era parecida á la hemicorea sin lesión, sino que tenía lesión en un fascículo que ideó, fantástico, que unía el tálamo y el núcleo lenticular. Otros idearon la teoría de que los movimientos anormales de los hemipléjicos no eran producidos por la lesión de ese fascículo fantástico, sino por irritación de la vía piramidal, de la cápsula interna, sin lesión de ésta; y de teoría en teoría viene el Dr. Lafora á manifestar que los distintos síndromes se caracterizan más por movimientos de un solo lado, otros por movimientos bilaterales, y otros de un solo miembro; todo lo cual indica que existe una localización fina, no solamente en cuanto al lado de la enfermedad, sino que hay centros correspondientes á cada uno de los miembros y de los movimientos, y el Dr. Lafora ha podido aislar estos centros que dan los distintos grupos de movimientos anormales.

Los experimentos los ha realizado en 39 gatos, que al operarlos ha obtenido hemicoreas, hemiatetosis, coreas y atetosis de una sola extremidad, de los dos brazos, de las dos piernas, con temblor de la cabeza, de las extremidades anteriores, etc., lo cual demuestra que hay una localización muy fina que se puede aislar. Para hacer esta exploración ha tenido que servirse de técnicas operatorias *sui generis*, teniendo que utilizar como lesión la que produce la punta de una aguja, siguiendo vías distintas. Para lesionar los núcleos lenticulares, que se hallan en el gato bastante próximos al lóbulo temporal, ha producido la lesión introduciendo agujas que luego en el interior basculaban, en una zona de unos 7 milímetros, con 12 de profundidad hacia abajo.

Para obtener la lesión del hipotálamo tuvo que emplear un procedimiento que encontró casualmente trabajando sobre lesiones del cuerpo calloso, y al intervenir por la cisura interhemisférica para llegar á él, se descuidó y la aguja se fué un poco hacia la parte posterior, observándose á los dos días que el animal acusaba una doble corea atetosis, siendo la primera vez que encontraba un animal con ese síndrome. En su vista lesionó ese centro en la línea media, introduciendo la aguja por la parte posterior y obtuvo un síndrome de corea atetosis de los cuatro miembros porque las vías se cruzan.

Para la lesión del pedúnculo cerebeloso superior y producir la corea de Von Haeckel utilizó otra vía; separa el lóbulo occipital del cerebelo y debajo, encuéntrase los tubérculos cuadrigéminos; introduce una aguja á través del lóbulo occipital llegando á lesionar el núcleo rojo. Como esto tiene inconvenientes operó por la parte baja de la base del cráneo llegando á las partes laterales sin lesionar el lóbulo lateral, en los tubérculos cuadrigéminos; se puede lesionar el pedúnculo cerebeloso superior, y si se profundiza más, el núcleo rojo.

Con estas técnicas, dice el Dr. Lafora, ha conseguido diversos tipos de movimientos. (Proyecta una película de un gato que empezó con movimientos ligeros, luego mayores de las cuatro extremidades, y se vé cómo saca y mete constantemente las uñas, y cómo no puede estar quieto, porque los movimientos involuntarios le obligan á cambiar constantemente de posición.)

Añade el Dr. Lafora que los movimientos coreicos tienen en los animales características más marcadas que los movimientos atetósicos; éstos son lentos, de los dedos, y hay hipertonía que se opone á ellos. En la corea, en cambio, hay hipotonía, y los movimientos son extensos, porque el miembro está flácido y suelto. En los movimientos co-

reicos existen dos tipos: uno, de movimientos en todas direcciones, que el animal ejecuta estando echado y moviendo la pata hacia todos los puntos del espacio, y otro, en que el gato repite el movimiento siempre en una sola dirección.

(Proyecta un esquema para ver las vías que intervienen en estos experimentos que va explicando una á una). La más importante es la constituida esencialmente por la vía que va del núcleo rojo á la medula y á su vez en conexión con el cerebelo por la vía del núcleo dentado; desde éste va por el pedúnculo cerebeloso superior, al núcleo rojo y de allí al tálamo y á la corteza frontal motora, volviendo al tálamo, ó bien por la vía pontocerebelosa á la corteza del cerebelo y luego desde ésta al núcleo dentado. Es decir, un círculo formado por las vías cerebelo-rubro-talámico-cortical y fronto-pontino-cerebelosa, las que se conexas con la medula por la vía rubro-espal de Monakow, que termina alrededor de las células del asta anterior.

Termina su importantísima comunicación manifestando los resultados conseguidos en los animales operados; en un cierto número de ellos los movimientos anormales han sido manifestos, y á medida que se ha perfeccionado la técnica, la proporción ha ido en aumento desde el 21 caso, en su mayoría con resultados positivos.

(Proyecta las preparaciones obtenidas, leyendo al mismo tiempo el síndrome correspondiente á cada caso.)

De todo lo cual deduce el Dr. Lafora que es indudable que la lesión del pedúnculo cerebeloso superior de un lado, determina una hemicorea, y cuando se dirige la aguja hacia adelante y se destruye el núcleo rojo, entonces se provoca el síndrome bilateral. Que la lesión de la vía media del hipotálamo, al lesionar ambos hipotálamos, ó las vías que vienen de los núcleos rojos, produce la corea atetosis bilateral, y la lesión de un sólo núcleo lenticular produce un temblor de la cabeza semejante al parkinsoniano.

DR. CESALDO

Bibliografía. (1)

TRAITEMENT EXTERNE DES DERMATOSES, par les Drs. Veyrieres et R. Huerre. Preface du Dr. L. Brocq.—Masson et Cie., éditeurs.

Este libro de 236 páginas, llena una necesidad para todo el que se impacienta por las fórmulas panacea para cada dolencia.

Puede hacer en este sentido mucho perjuicio y gran competencia á los billetes internacionales Madrid-París de ida y vuelta, valederos para cuarenta y cinco días y que llegada la primavera aprovechan algunos médicos noveles para especializarse y adquirir las fórmulas de los maestros del Hospital de San Luis en el espacio de tiempo que el billete les permite. Llegados al Quay D'Orsay y después de dejar sus baúles en la Terrasse ú otro Hotel por el estilo en el que hasta el botones ha nacido en la calle de la Manzana, se precipitan en un taxi y atravesando la Plaza de la República llegan á las puertas del Hospital de San Luis. Son las ocho y media de la mañana, empiezan á acudir á la consultación general otros doctores griegos, portugueses, uruguayos, etc., que copian con avidez las fórmulas del Hospital fijadas en la pared en grandes cuadros, se apoderan de las recetas escritas que hay encima de la mesa y con gran cuaderno y lápiz bien afilado cogen al vuelo cuantas fórmulas dictan los maestros, agregados é internos, encargados de despachar los 300 enfermos que cada mañana pasan por

(1) Sólo haremos el estudio crítico de las obras que nos sean remitidos dos ejemplares.

aquella sala. Son estos desorientados é impacientes compañeros hermanos espirituales de los que el gran maestro Azúa con su fino humorismo llamaba los «buscadores de recetas», distraídos siempre ante el enfermo y presurosos á escribir en cuanto oían una fórmula. No olvidaremos el caso de un bondadoso y optimista compañero de una ciudad nortefia que hace ya bastantes años llegó á París con bastantes miles de francos y un gran libro Mayor á hacerse cirujano. Tomó cursos y más cursos, llenó el libro, y cuando lo vió lleno de letra menuda y nerviosa, se volvió á su provincia y puso un Sanatorio para operarlo todo.

Abandonemos estas humorísticas divagaciones y digamos ya que este libro es un razonado y estimable formulario razonado de Dermatología.

Después de los progresos de los estudios de las secreciones internas y olvidada ya hace muchos años la doctrina localista de la escuela de Viena, no puede pensarse que el tratamiento externo de las dermatosis exclusivamente puede ser aconsejado, pero al mismo tiempo no se puede negar que á pesar de todas las concepciones modernas de la manera de ser y reaccionar de la piel y de la estrecha relación de ésta con el organismo entero y sus funciones, lo cierto es que muchas dermatosis de etiología oscura se modifican y curan aparentemente por los tratamientos externos y aun aquellas que necesitan un régimen interno, las aplicaciones locales coadyuvan grandemente á su curación.

Es un libro redactado cuidadosamente y que prueba que los autores conocen bien el arte de recetar en dermatología, cosa no tan mollar como pueda pensar alguien alejado de estos estudios.

ATLAS VON KÖRPERDURCHSCHNITTEN FÜR DIE ANWENDUNG IN DER RÖNTGENTHERAPIE, por el Dr. Haus Holfelder, Editor, Julius Springer, Berlin.

El presente Atlas, que hemos visto emplear en la sección roentgenterápica de la clínica quirúrgica del Hospital de Frankfurt, á cuyo frente se halla el profesor Schmieden, es una serie de cortes del cuerpo, obtenido á diversas alturas del cuerpo y en diferentes diámetros, hechos en celuloide, en los cuales se hallan representados todos los órganos del cuerpo en su posición y tamaño natural, estudio de la mayor importancia práctica en roentgenterapia profunda, pues gracias á ellos (están hechos tomando por base una persona de peso y talla media) es posible hacer el cálculo de dosis profunda que debe de hacerse llegar á un órgano, desde diferentes puntos de entrada, á fin de conseguir la curación de las enfermedades internas tributarias de la roentgenterapia.

La colección completa abarca 38 de estos esquemas y aparte contiene el Atlas un pequeño volumen, en el cual se hallan expuestos, en alemán é inglés, el método explicativo para aclarar el modo de empleo del Atlas, sirviéndose de sus láminas y de los conos ó pirámides de irradiación, hechas también por Holfelder, pero que lo más práctico es que cada radiólogo las haga, valiéndose de las mediciones que haga en su instalación, con lo cual se pone á cubierto de errores, pirámides de irradiación que al superponerse en el campo á tratar permiten establecer de antemano y con toda seguridad, la dosis que quiere llevarse, mediante las combinaciones que pueden hacerse con las distintas pirámides, obtenidas al hacer las mediciones previas en toda clase de circunstancias (distancia foco-piel, calidad de rayos, filtro, tamaño del campo de irradiación), con lo cual la ciencia de la radioterapia pierde poco á poco el carácter empírico que tuvo en sus primeros años, para tomar un aspecto científico como consecuencia de las valiosas y pacientes investigacio-

nes hechas en estos últimos años, al frente de las cuales merecen citarse las del roentgenólogo de Frankfurt, Dr. Haus Holfelder.

Tanto el Atlas como el folleto que se acompaña están primorosamente hechos y hace honor á la casa editora, que no ha omitido detalle ninguno á fin de que esta nueva producción esté á la altura de todas las obras editadas por ella.

DRES. J. Y S. RATERA

Julio, 1924.

Periódicos médicos.

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Contribución al estudio de la eliminación del azúcar por la orina en la mujer embarazada, por H. Grandhomme.**—Puede encontrarse azúcar en la orina de las mujeres encinta en dos circunstancias bien diferentes. En algunos casos, se tratará de una verdadera diabetes con su correspondiente cortejo de signos característicos y con un pronóstico siempre grave para la madre, que puede sucumbir como consecuencia de la acidosis, y para el feto, que muere ordinariamente. Pero la diabetes verdadera es relativamente rara.

Lo más frecuente es encontrar en las orinas de las mujeres embarazadas lactosa ó glucosa, sin otros signos clínicos. Se trata, en tales casos, de una eliminación fisiológica de azúcares, lo cual es extremadamente frecuente, pues ocurre en el 93 por 100 de los embarazos.

La cantidad de azúcar eliminada es, generalmente, muy débil, no pudiendo ser dosificada sino en el 45 por 100 de los casos. Se trata ordinariamente de lactosa ó de una mezcla de lactosa y glucosa (93 veces sobre 100) y excepcionalmente de glucosa sola.

Esta débil lactosuria aparece precozmente en la mujer embarazada, ya sea primípara ó múltipara, aumentando la cantidad de azúcar en la orina al aproximarse el término del embarazo.

El pronóstico de esta eliminación azucarada es sumamente benigno y no acarrea ningún trastorno sobre la salud de la mujer ni del niño. Se la puede considerar, pues, como fisiológica. (Tesis de París, 1923.)—T. R. Y.

2. **Sobre el tratamiento de las fracturas del cráneo con hipotensión del líquido cefalorraquídeo, por R. Leriche.**—Las fracturas del cráneo con hipotensión no se diferencian á primera vista de las fracturas banales de la base. Cuando existe hipotensión del líquido cefalorraquídeo, el autor practica varias veces inyecciones de 40 c. c. de agua bi-distilada en una vena del codo, con lo cual ha visto desaparecer el coma, la secreción del líquido cefalorraquídeo se normaliza y el herido recobra su lucidez. El hecho es interesante desde tres puntos de vista: 1.º Fisiológicamente, muestra con rigor experimental el efecto que sobre la secreción del líquido cefalorraquídeo ejerce la introducción en la sangre de un líquido hipotónico. 2.º Patológicamente, establece que en las fracturas de la base del cráneo una gran parte de los signos difusos (y aun de los signos llamados bulbares), derivan de un gran desequilibrio del líquido cefalorraquídeo, puesto que en el caso de hipotensión basta conducir líquido en los ventrículos y en los espacios subaracnoideos para ver desaparecer los signos. El autor piensa que la estática normal del cerebro es una condición de su funcionamiento; el equilibrio del líquido es uno de los constituyentes importantes de esta estática, tanto á causa del estado de las paredes ventriculares como al de la corteza. Siempre que el líquido falta ó que

existe en exceso, el cerebro no funciona bien. 3.º Terapéuticamente, existe un dato que merece ser retenido: cuando hay una presión baja, es preciso establecer el equilibrio del líquido por una inyección subcutánea de suero ó bien por una inyección intravenosa de agua destilada. (*Rassegne Internazionale di Clinica e di Terapia*, núm. 1, Enero de 1924.)—E. LUENGO.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las complicaciones substractivas de la tuberculosis pulmonar**, por A. Jacquemin.—El autor viene sosteniendo desde 1920 que el pronóstico de las tuberculosis mixtas (ósea y pulmonar) depende esencialmente del orden sucesivo en que se hayan manifestado una ú otra localización. Si ha aparecido primeramente una tuberculosis pulmonar, y como complicación de la misma ha sobrevenido más tarde una osteitis ó una osteoartritis, el pronóstico será favorable. Por el contrario, si la primera en hacer su aparición ha sido la localización ósea, y después de ella ha sobrevenido una tuberculosis pulmonar, el pronóstico será muy grave y aun fatal. Parece en efecto como si la localización segunda, aparecida en las tuberculosis mixtas, hiciese el oficio de una verdadera derivación substractiva en beneficio de la primitiva localización, pero se comprende que el organismo sólo podrá aprovecharse de dicha derivación, cuando el órgano atacado en segundo lugar tenga evidentemente un valor fisiológico menor que el órgano afectado en primer término.

La clínica y la experiencia han demostrado que toda complicación extrapulmonar de la tuberculosis respiratoria ejerce sobre las lesiones del pulmón una influencia manifiestamente favorable, pero claro es que esta influencia no se traducirá sobre el estado general cuando la complicación secundaria consista, por ejemplo, en una leptomeningitis bacilar. En tal caso, más bien que ante una derivación substractiva, nos hallaremos ante una suma de dos infecciones que harán el pronóstico más sombrío, por recaer la complicación sobre un órgano de una importancia tan extraordinaria como el cerebro.

En cambio, es evidente que una articulación vale á todas luces menos, fisiológicamente, que un pulmón, por lo cual la tuberculosis articular, sobrevenida en el curso de una tuberculosis pulmonar, es una derivación efectiva capaz de mejorar las lesiones del pulmón y de influir ventajosamente sobre el estado general del enfermo.

Llamando P al valor fisiológico del pulmón, y O al del órgano tuberculizado secundariamente, podría esquematizarse esta explicación en la siguiente fórmula:

Para $O < P$ $P + O =$ Mejoría.
Para $O > P$ $P + O =$ Agravación.

Siempre, pues, que tengamos que pronunciarnos sobre la oportunidad ó conveniencia de una intervención quirúrgica en las lesiones óseas coincidentes con una tuberculosis pulmonar, nos hallaremos obligados á averiguar meticolosamente, cuál de las dos localizaciones se ha manifestado la primera.

Si resulta que el pulmón es el primero que ha entrado en escena, la exéresis quirúrgica traería como consecuencia la de suprimir bruscamente la punción vicariante de la fístula periférica, que debe ser respetada con el mismo título que lo sería la diarrea de un urémico ó la epistaxis de un hipertenso. Por el contrario, si resulta que la localización articular ha precedido á la pulmonar, se obrará lógicamente procediendo en el momento oportuno á la amputación del miembro fistulizado; con lo cual, relevaremos al pulmón de

las obligaciones de una alianza que pone en peligro el órgano respiratorio y la vida.

En confirmación de esta tesis, refiere el autor la historia de algunos enfermos. (*Le Bulletin Médical*, núm. 18, 3 de Mayo de 1924.)—T. R. Y.

2. **La acidosis en el raquitismo**, por Burgess y A. Osman.—Pritchard y otros autores consideran la acidosis, es decir, la perturbación del equilibrio entre los ácidos y las bases de la sangre, revelado por la disminución de bicarbonato del plasma, como factor etiológico esencial del raquitismo. Habiendo tenido ocasión de observar tres casos de raquitismo agudo (en individuos de la misma familia, de edad comprendida entre veinte meses y tres años, y sometidos á una alimentación constituida principalmente por pan, margarina y patatas), Burgess y Osman determinaron, en repetidos análisis, el bicarbonato y la acetona en el plasma de la sangre por el procedimiento de Van Slyke, los cuerpos cetónicos y la relación del amoníaco al nitrógeno en la orina, y, finalmente, la proporción de grasas en las heces fecales.

Mientras que en los sujetos que servían de testigos el bicarbonato del plasma era por término medio 0,031 gramos, en los enfermos oscilaba entre 0,017 y 0,019 gramos. Los cuerpos acetónicos, que faltaron en 26 sujetos, no fueron encontrados más que pasajeramente en la orina de uno solo de los enfermos. La relación NH^3/N fué de 14,3 por 100, cifra análoga á la hallada por Holgson en los raquíticos, mientras que fué en los testigos de 6,2 por 100. No había exceso de grasa en las heces fecales.

Estos resultados son opuestos á los obtenidos en la diabetes, en la cual la disminución de bicarbonato del plasma corresponde con la cantidad total de cuerpos acetónicos existentes en la sangre. En el raquitismo agudo parece existir, pues, una pronunciada acidosis, en la cual los cuerpos acetónicos no desempeñan ningún papel. En estas condiciones la acidosis podría provenir, ó de una pérdida de bases por las heces ó por la orina (la falta de anomalías en la tara de grasas fecales no apoya esta hipótesis), ó de la presencia de otros cuerpos ácidos en la sangre, que es la opinión considerada actualmente como más verdadera. (*The Lancet*, P.-L. Marie; *La Presse Médicale*, 29 de Marzo de 1924.)—PELÁEZ.

3. **Reumatismo articular agudo consecutivo á dolores dentarios generalizados**.—En dos enfermos observados por Troisier y Leboucher, el reumatismo aparecía tras una fase muy curiosa de dolores dentarios. En uno de los enfermos, de diez y siete años, desde que tuvo doce cada crisis reumática era precedida durante una semana de dolores generalizados de la dentadura. El otro, que contaba diez y siete, desde los siete hasta los doce años había sufrido padecer en el mes de Mayo crisis reumáticas, con sensaciones de dolor y de alargamiento de los dientes, sin artropatías concomitantes.

Vienen estos hechos en apoyo de los trabajos americanos acerca del origen dentario de muchos reumatismos articulares, pudiendo compararse la fluxión de las articulaciones alveolodentales con la de las articulaciones de los miembros. La artritis alveolar reumática obedece al salicilato ó á la antipirina lo mismo que las demás localizaciones del reumatismo. (*La Presse Médicale*, 26 de Diciembre de 1923.)—PELÁEZ.

TERAPEUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **El empleo de la lobelina en la práctica**.—El doctor Mariano J. Basilasi hace un estudio de este fármaco, y

después de detallar varias historias clínicas para demostrar su eficacia en las afecciones respiratorias, establece las siguientes conclusiones:

1.^a Tenemos en la lobelina Ingelheim un medicamento específico del centro respiratorio de una actividad manifiesta.

2.^a El puede ser empleado con gran utilidad en las neumonías y bronconeumonías graves, así como también en las bronquitis crónicas y asma bronquial.

3.^a Aconsejamos la vía intramuscular por su efecto rápido, casi inmediato y libre de todo peligro; reservando la vía endovenosa únicamente para casos desesperantes en los que sea indispensable actuar con suma velocidad para poder salvar la vida del enfermo.

4.^a La lobelina Ingelheim en ampollas de 0,003 miligramos y 0,01 centigramos, y la dosis inyectable por vía intramuscular puede ser 0 gramos 00,3 miligramos a 0.01 centigramos, lo que los adultos toleran bien. No existe peligro de acumulación, de tal modo que puede repetirse la inyección a los quince ó veinte minutos después de haberse efectuado la primera (creemos que una sola inyección es generalmente insuficiente).

5.^a Tenemos la impresión que á pesar de que el impulso fugaz que da la lobelina al centro respiratorio, desaparece con la rápida eliminación del medicamento, la respiración del paciente continúa siendo profunda y tranquila durante varias horas después de suministrada la inyección. Los enfermos manifiestan que su alivio dura varias horas.

6.^a No hemos observado nosotros, con las inyecciones intramusculares, fenómenos secundarios desagradables, como náuseas, vómitos, diarreas, transpiración, trastornos renales, etc., ni irritación local en el lugar de la inyección, la que no es tampoco dolorosa.

7.^a Creemos que este medicamento debe ocupar ya un lugar importante en la terapéutica, no sólo de los clínicos, sino también de los cirujanos, pediatras, parteros, etc., y que no debe faltar en el botiquín del médico práctico, pues una ampolla de este medicamento puede en ciertas circunstancias, salvar la vida de un enfermo. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 20 de Marzo de 1924.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Poradenia inguinal curada por las inyecciones intravenosas de las sales de cobre**, por P. Carnot y Froment.—La poradenia inguinal caracterizada por una infección de los ganglios de la ingle, aparte de toda puerta de entrada genital visible, es perfectamente conocida clínicamente; pero su patogenia sigue siendo misteriosa, y no debe ser confundida con la linfogranulomatosis maligna de Hodgkin. Se trata de una afección benigna, pero pesada, extensa, supurativa, sin tendencia espontánea á la curación y rebelde á todo tratamiento. Las inyecciones de emetina (fundadas en que algunos médicos americanos han descrito formas amibianas) no han impedido en manos de los autores la marcha extensiva de la infección. Las inyecciones de aceite xilolado en los ganglios sólo han producido alguna mejoría ligera y parcial, que no ha impedido la progresión de las adenopatías. La medicación yodoyodurada, por ingestión de dos á cuatro cucharadas diarias de solución de lugol, tampoco ha producido ningún resultado. Ni el aire caliente, ni el calor radiante con la cadena de Delherm-Gaiffe, ni los rayos ultravioleta. En vista del fracaso sucesivo de todos los tratamientos citados y de que la evolución de la poradenia seguía, á pesar de ellos, una marcha extensiva con fistulizaciones múltiples, los autores se decidieron á

ensayar en su enfermo un nuevo método: las inyecciones intravenosas de sulfato de cobre amoniacal á la dosis de 0,04 gramos por día. La mejoría fué inmediata: la regresión de la supuración y la disminución de volumen de las cadenas ganglionares se produjeron rápidamente. El enfermo salió del hospital después de unos días, y continuó volviendo desde fuera para recibir las inyecciones, hasta el número de 16 en dos tandas (0,64 de sulfato de cobre amoniacal). Tres meses después tuvieron ocasión los autores de volver á ver á su enfermo, por una ictericia catarral, observando que la cicatrización de las antiguas lesiones era completa y apenas visible, no existiendo las adenopatías y siendo el estado general excelente. El enfermo trabaja sin molestia y normalmente. El mismo tratamiento aplicado de una manera intensiva á una linfogranulomatosis maligna de Hodgkin, no ha dado ningún resultado, en lo cual ven los autores un argumento más en favor de la distinción de estas dos afecciones.

Cierto que se trata de un solo caso; pero su curación ha sido tan manifiesta, que bien merece la pena de que otros ensayen el método para ver si obtienen un resultado tan excelente. (*Paris Médical*, núm. 10, 8 de Marzo de 1924.)—T. R. Y.

3. **Envenenamiento por el tetracloruro de carbono**, por B. M. Phelps y C. H. Hu.—El tetracloruro de carbono es quizá el mejor medicamento para combatir la anquilostomiasis, pero algunas veces produce accidentes tóxicos que pueden ser mortales. Los autores describen dos casos de esta naturaleza y, además, refieren sus experimentos con animales acerca de la toxicidad de esta substancia. En los dos casos de intoxicación mortal por el tetracloruro de carbono, el principal hallazgo patológico fué la necrosis central del hígado. En un caso las cápsulas suprarrenales mostraban, además, necrosis de las células de la corteza. En el otro caso las cápsulas no presentaban ninguna alteración. El tetracloruro de carbono produce una necrosis central del hígado y una necrosis de la corteza de las suprarrenales en los conejos. A la necrosis del hígado sigue una regeneración muy rápida de las células hepáticas. Los síntomas que siguen á la ingestión de la droga en los casos humanos van asociados probablemente á la necrosis central del hígado, y la ausencia de esta lesión en algunos casos publicados, se debe á la rápida regeneración de las células hepáticas. (*The J. of the Amer. Med. Associat.*, 19 de Abril de 1924.)—E. LUENGO.

4. **El niyogniyogan, Quiscalls indica L., como antihelmíntico**, por Luis E. Guerrero, A. B. M. Sison, A. Makalintal, P. Villaseñor, I. Rosal y A. Ocampo.—El niyogniyogan es una especie de enredadera que crece espontáneamente en las riberas de Filipinas y produce una pequeña fruta llamada «pifoncillo». Se emplean las semillas como antihelmíntico, administrándolas los autores en emulsión de jarabe de acacia, á la dosis de una semilla por año de edad en los niños; y de 10 á 12 semillas en los adultos por dos noches consecutivas, seguidas de un purgante en la mañana del tercer día. De 11 casos tratados por los autores, 7 expulseron ascaris. Casi todos eran niños. De cuatro adultos, solamente el varón expulsó lombrices. Un sólo caso tuvo un acceso de hipo, que se observa cuando se administra una dosis excesiva. Los autores solamente lo han ensayado contra la ascariasis. — (*The Journal of the Philippine Islands Medical Association*, vol. IV, Marzo de 1924.)—E. LUENGO.

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 Decio Cárdenas. — Comentarios á una cifra, por C. — Los claros varones de la Medicina: D. Bernardo Gil y Ortega, por el Dr. Rafael Navarro. — Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedisal. — Sección oficial: Guerra. — Gobernación. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Estatuta de partidos. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Boletín de la semana.

No más en lo mismo... pero siempre igual.

Siempre hemos sido enemigos convencidos del sistema rutinario de las vacaciones veraniegas. No hemos dejado de comprender que los funcionarios públicos, los empleados particulares, los industriales, los comerciantes y los menestrales, necesitan un período de mayor descanso que el habitual los unos, y de algún reposo en su labor los otros. Pero lo que no hemos acabado de entender es la razón de por qué este convencional reposo ha de corresponder para todas las profesiones, funciones públicas, labores intelectuales y manuales, precisamente á los meses de Agosto y de Septiembre.

La simultaneidad del reposo en los diferentes aparatos de un organismo equivale, más que al sueño (porque al fin en el sueño se respira y circula la sangre), equivale á una muerte cataleptica de la que se vuelve de mala gana y muchas veces con el pensamiento puesto en la futura catalepsia del año subsiguiente.

Resulta del actual sistema, que no hay centro administrativo, tribunal, oficina particular ó pública en que se pueda resolver, ni siquiera tramitar ningún negocio. Siempre falta precisamente el empleado á quien aquello corresponde, y como las más veces lo que importa es el empleado, éste al marcharse, á nadie ha dejado el encargo de desempeñar su oficio.

Casi puede decirse que en el año actual ha habido cuando menos una tentativa de corrección al consuetudinario abuso, en las esferas oficiales. El actual Gobierno parece que se reúne á diario, según los periódicos políticos nos refieren, y en algún departamento ministerial se ha suspendido la concesión de permisos.

¿Será esto indicio de que las grandes reformas que hace años esperamos y que con mayor premura creíamos ver llegar en el últimamente transcurrido, se encuentran en los períodos críticos embriológicos á que ha de seguir su implantación?

No lo sabemos; pero sí nos permitimos insinuar que hay cosas que tan necesitadas como otras de mejoramiento, adquieren, al llegar ciertas fechas,

un carácter ocasional é impositivo que á nadie debe pasar por indiferente.

Por ejemplo, estamos en los primeros días de Agosto; dentro de dos meses, esto es, el 1.º de Octubre, deben comenzar los cursos académicos y entre ellos los que constituyen ó constituyan lo que se llama segunda enseñanza.

Este período de la vida pedagógica es sin duda alguna el más importante, el más descuidado, el que á más visibles abusos se presta y al propio tiempo el que más puede influir en el porvenir intelectual y social de la nación española.

Llegan á nosotros noticias de que, desde hace tiempo, viene ocupándose el Gobierno en este asunto y ha comenzado por pedir un dictamen al Consejo de Instrucción Pública, quien creemos que le ha dado, y aun, si hemos de dar crédito á referencias que no por ser extraoficiales son menos dignas de crédito, le ha dado en los términos en que puede darle el Consejo de Instrucción Pública, constituido de la manera ilógica en que se encuentra constituido.

De todas las reformas por que este respetable organismo ha pasado, en ninguna, que no sea en la actual, se ha dejado de prescribir la proporcionalidad de los funcionarios docentes activos en el Cuerpo consultivo. Esto era lógico: la enseñanza ni es un oficio libérrimo para ganarse honradamente la vida, sin cuidar de los beneficios externos que reporte, ni es una función ideada para sostener un número determinado de funcionarios. Es, ha sido siempre y en todo país culto sigue siendo, una manifestación de perfeccionamiento de la cultura pública, en la que la sociedad entera está interesada y en la que el conjunto social debe colaborar con algo más que con contribuciones, exacciones, tributos culturales, pagos escandalosos de textos tan indigestos como costosos, etc., etc.; debe contribuir llevando la voz de sus aspiraciones, el dato de su experiencia, el anhelo de su mejora; y todas estas cosas, encomendadas á un consejo de catedráticos, directores, rectores y decanos, no pueden dar lugar más que á un proyecto en el cual (nos permitimos ser profetas) se aumentarán los años de estudio, se subirán los derechos de matrícula con unos ó con



otros nombres, se conservarán, con fórmulas, más ó menos habilidosas, los programitas y cuestionarios, se sobrecargarán de páginas los textos para justificar la enormidad de sus precios y seguirán viviendo los pedagogos y agonizando la Pedagogía.

Como este no es tema para tratado á la ligera, nos proponemos ampliar nuestros conceptos y por si estos dos meses que faltan para la apertura del curso han de ser aprovechados por el Gobierno y en algo es tenido nuestro juicio, no dejaremos de emitirle y razonarle como Dios nos dé á entender y con los datos de que podamos echar mano.

Y ya que de cosas fáciles de hacer en la enseñanza se trata, ¿no sería ocasión ésta para plantear el problema de la reducción de los títulos profesionales, que tan viva y hondamente interesa á médicos, abogados, farmacéuticos, veterinarios; en una palabra, á la masa que cada día va justificando más el nombre de *proletariado profesional*?

¡Qué bella ocasión se le ha ofrecido á la *Asamblea de Juntas directivas de Colegios, ó de Federación ó de Sindicato, ó como se le haya querido llamar*, para haberse dirigido á los Poderes públicos rogándoles y aun exigiéndoles que fijasen su atención en este punto!

No era menos bella la ocasión para haberse mostrado interesada la tal *Asamblea* en el asunto de la asistencia de la Guardia civil que en otro punto tocamos; pero... había cosas más apremiantes en que ocuparse y no era cosa de interrumpir la pomposidad de los discursos y las expansiones de las fiestas con asuntos tan baladíes.

Atraía más la atención de lo que vive próspero y brillante y que por esta condición y por la de no haber merecido nunca el amoroso y paternal esfuerzo creador, excita hoy las *caritativas* preferencias de algunos.

DECIO CARLAN

COMENTARIOS A UNA CIFRA

Leemos en un colega político que, según datos irrefutablemente oficiales, contamos en España con 27.555 guardias civiles. Bien nos parece y aún nos parece poco: tal es la necesidad que de la intervención de la benemérita se siente á diario y tales los servicios relevantes que también á diario presta la popular institución.

¿Por qué comentamos la cifra? Pues por seguro tenemos, que ya lo han adivinado muchos de nuestros lectores; la razón es que de esos 27.555 simpáticos militares, representativos de, por lo menos, 60.000 personas de sus respectivas familias, más de 30.000 pesan injustificadamente como clientes gratuitos sobre los médicos titulares de España. Con efecto, los guardias

civiles que, diseminados por los pueblos con sus respectivas familias, no figuraban (ni tenían por qué figurar) como pobres de solemnidad para los efectos de la asistencia médica *contratada* por los titulares en los respectivos Ayuntamientos, retribuían sus modestas igualas hasta hace algunos años.

Los haberes de la guardia civil eran, por aquella época, estimados como exigüos por todo el mundo, y no creyendo oportuno acudir al remedio franco y natural de un aumento en el presupuesto de tales haberes, un ministro resuelto y *reformador* (creemos recordar que el Sr. Alba), no encontró mejor manera para hacerse simpático al benemérito Cuerpo que la de mandar, por una Real orden, que todos los guardias y sus familias fuesen asistidos gratuitamente por los médicos titulares.

Estos, según su costumbre, siempre que de algo que aunque muy de lejos parezca justo y patriótico se trata, saben adaptarse á las circunstancias, ó callaron ó protestaron tibiamente. Su famosa Junta de defensa no la tomó en la forma y con la eficacia que debiera y las cosas continuaron, quedando en pie la Real orden *extravagante* imponiendo por el Estado una obligación de carácter general á funcionarios que no se reconocían sino con el carácter de contratistas de servicios municipales.

Hoy las cosas han cambiado; nadie podrá negarlo. Los guardias civiles perciben emolumentos muy superiores á los que en aquella época se consideraban como suficientes para remunerar sus estimables servicios. Seguros estamos de que en muchos pueblos representan algo más que la clase media del vecindario en cuanto á la percepción de haberes, comparada con los ingresos de algunos vecinos y labradores; por otra parte, hoy se acentúa el carácter autonómico de los municipios y, muy particularmente, á costa del que siempre pagó los vidrios rotos, es decir, del médico municipal. Pues bien; si este es municipal, ¿qué obligación tiene de prestar sus servicios á un funcionario completa y absolutamente *central*, dependiente de los Ministerios de la Guerra y de la Gobernación?

Fije en esto su atención el Sr. Calvo Sotelo y dé muestras de la lógica de sus convencimientos, siquiera procurando una compensación al verdadero desafuero cometido por el Sr. Alba.

Ya sabemos que se nos contestará que lo que una iguala significa, en cada municipio, ni es fácil compensarlo ni significa gran cosa para el bolsillo del médico de quien tan gallardamente se ha dispuesto; pero no se trata solamente de la cantidad, sino del fuero, de la desatención. A todo hay remedio con buena voluntad y espíritu de justicia: si se considera poco realizable la compensación individual, ¿por qué no se acude á la colectiva incluyendo en el presupuesto de Guerra una subvención de 50.000 pesetas para el Colegio de Huérfanos de Médicos?

Esto, que no representaría más que dos pesetas por cada familia de guardia civil, aproximadamente, significaría, en cambio, una estimación decorosa de los servicios gratuitos prestados por hombres de carrera

que á ellos no venían obligados, y, por otra parte, contribuiría á mejorar una buena obra consagrada ya por la práctica en su desenvolvimiento.

Esta suma acumulada, podía servir de base para la contratación del nuevo edificio, por el que todos claman y nosotros suplicamos.

C.

LOS CLAROS VARONES DE LA MEDICINA

DON BERNARDO GIL Y ORTEGA

POR EL

DR. RAFAEL NAVARRO

Los grandes hombres de las armas, de la política, de la Religión, han tenido y tienen en nuestra Patria, fáciles hagiógrafos. No así los hombres de Ciencia, por interesar ésta poca cosa en España. Aún han tenido los médicos menos biógrafos y panegiristas, salvo alguna alta mentalidad, porque es entre nosotros más de buen tono mentar que conocer, y sobre todo, si sirve para agraviar á alguien con comparaciones extemporáneas. Los que nunca tuvieron apologistas fueron esos médicos apostólicos, de gran pensar y escaso producir, de intensa labor clínica y breve labor docente, que caracteriza la tradición médica española, más sacerdotal que utilitaria, á pesar del desenfado mercantil de unos pocos.

Nuestra bibliografía histórica, tan breve que se cuenta por los tres ó cuatro nombres de Ortega Morejón, de Chinchilla, de Pompeyo Gener, y algún otro, apenas ha tenido tiempo ni lectores, más que para comentar la vida de los más literatos entre los antiguos; y en nuestros tiempos la de nadie, porque apenas tenemos datos que ofrecer á los que de extrañas tierras preguntan de vez en cuando por lo que se sepa de la vida de los médicos insignes. No hay que decir que no es costumbre escribir la vida de esos más modestos, que lejos de Academias ni aulas estruendosas, mantienen con sus virtudes médicas y con su cultura científica el hilo soterrado que aún mantiene al país unido al concierto de la civilización universal.

Este tipo de hombres modestos, tan reverenciosamente venerado en Inglaterra, donde llena una literatura de hogar y de escuela, no tiene en nuestro país la justicia de la consideración en vida ni la del recuerdo en muerte; y asombra y espanta el leve lapso de tiempo que basta para que á los muy pocos años de fenecer un médico, que llenó de luz y de favores una época de una región, no quede ni rastro de memoria ni aun entre los que le conocieron y recibieron sus favores.

No quisiera el autor de estas líneas que ocurriese lo propio con un médico bien ilustre de tierras de Castilla, que por ser muy conocido en las columnas de esta Revista, será bien que se le dedique recuerdo preferente en ellas.

Hace pocas semanas todavía, ha acabado su existencia un viejo amigo de los amigos de este periódico, varón singular, tan excelente, docto y experimentado

médico como digno y austero ciudadano. Era D. Bernardo Gil y Ortega bien conocido desde largos años há en los dilatados campos intelectuales por donde EL SIGLO MÉDICO viene ejerciendo su fecundo ministerio.

La edad provecía del Sr. Gil no había sido parte á quitarle aquella prestancia renovadora y renovada, que á veces se da en los ancianos, cuyo arquetipo definieron Marco Tulio y el filósofo veneciano del siglo XVI. Todo reciedumbre espiritual y corpórea, nuestro longevo compañero parece que buscó á drede para escenario del fin de sus días las bravas é intrincadas montañas palentinas donde campeon osos y cabras monteses y donde viven los montañeses de más atuendo físico y moral, como cántabros autóctonos que son. Don Bernardo Gil ha fallecido entre los riscos de Guardo, siendo todavía la ninfa Egeria de su hijo médico, el muy inteligente D. Adriano, que ejerce muy lucidamente, como de quien procede, por aquellos andurriales.

Alguien habrá en esta casa, y muchos años dure todavía, que recordará, entre las buenas memorias del periódico, á Ortega, como se le llamaba por tierras de Medina del Campo, suscriptor de la publicación hace más de cincuenta años, colaborador de la misma casi otro tanto, y que desde bien diversos lugares de Castilla la Vieja enviaba á su querido semanario los frutos más sabrosos de una péñola profesional, en la frescura de cuyos artículos, siempre al día, siempre geniales, de castizo estilo, cada vez mejores, henchidos de sabiduría y de experiencia no se podía adivinar un publicista que ha llegado á sus ochenta y tres años, había nacido en Zaratán (Valladolid) el año 1841, y que escribía sus recientes estudios sobre la *septicemia gonocócica* y sobre la *agorafobia* con una densidad doctrinal y casuística que parece que no puede corresponder sino á cerebros juveniles estimulados aún por las sinergias hormonales de la masculinidad.

El que esto escribe conoció al preclaro médico que aquí se rememora, hace muchos años en una Junta médica y aún perdura la impresión que produjo el señor Ortega al joven médico que no pensaba hallar en las localidades rurales la ponderada cultura y el juicio discreto del Sr. Gil y Ortega, siempre al tanto de las adquisiciones nuevas, glosador de los clásicos de la Medicina, observador agudo de extraordinarios atisbos. Desde entonces cuando el que traza estas líneas ha querido imaginar el tipo profesional perfecto de cuya multiplicación depende la superación de las responsabilidades culturales y sociales de la Medicina y el saneamiento de su ejercicio, ha vuelto siempre el pensamiento al hombre ejemplar que hemos perdido.

Además era «nada menos que todo un hombre». Sin haber salido—salvo cortas temporadas de ejercicio facultativo en Valladolid—del ambiente de los partidos rurales, en pugna su altiva dignidad con palurdos de toda estofa, perseguido por vergonzosas competencias de colegas analfabetos, en medio de las barbaries lugareñas—que también infestan las ciudades—ante el espectáculo de la miseria moral de los pueblos, este

varón de contextura róblea, impuso al respeto de los demás sus prestigios legítimos y sustrajo el alma á las claudicaciones del fatalismo aldeano. ¡Ah, sus años de Fresno el Viejo, de Cerezo de Arriba, de Torrecilla de la Orden, de Sieteiglesias, del Olmo de la Guareña, de Tarazona de Valdeviloria, de Fuentesauco, de Castro-
nuño, á lo largo de los cuales se desarrolló la dramática pugna de la inteligencia y el carácter con las innobles realidades pueblerinas!

Claro es que en este mantenimiento incólume é impoluto de la envergadura mental del llorado amigo dependía de que se dieron en él las inmarcesibles características con que, tal vez, luce sus energías creadoras la raza castellana, hecha para las altas empresas; si á esto se agrega la vocación ininterrumpida por los libros, por el laboratorio y por la visita de enfermos, que le hacía leer, analizar y observar, ya bien octogenario, con la misma prolongada insistencia de sus tiempos brillantes de escolar de la Universidad de Valladolid, de su laboriosidad de alumno interno, de la preparación de sus grados sobresalientes, de las obligaciones tan bien llevadas de su cargo de médico de visita del Hospital Provincial de la vetusta ciudad castellana, de su idoneidad en la práctica civil, se comprende cómo la definida orientación hacia el estudio le moldeó en una turquesa intelectual, impropia de los campos por donde se movió su actividad incansable.

La inmanente y fatal justicia que al cabo hace la sociedad con los hombres, á despecho de la olvidadiza ingratitud del vulgo, creóle una reputación regional envidiable que aseverarán cuantos lean este recuerdo necrológico y hayan conocido, leído ú oído hablar de D. Bernardo Gil.

No hemos de finalizar estos apuntes, breves para quien merecía más larga biografía, sin poner de relieve la nota que, á nuestro juicio, hacía al Sr. Gil digno de toda loa y es la consustancial hermandad con que había sabido fundir en su entendimiento los olvidados tesoros clínicos de la vieja Medicina con las adquisiciones de la ciencia de cada día. Parecíase en esto á nuestros grandes médicos renacentistas, eruditos en los clasicismos, y creadores y propulsores del determinismo que en aquella época nació. Sabía Ortega cuánto de aprovechable tiene en la Medicina de hoy la cultura de las viejas escuelas y sabía hallar el nexo que une á Baglivio y á Fabricio de Acquapendente con Abderhalden ó con Carrel.

Por eso ostentaban sus juicios clínicos una máxima y sintética autoridad en todas las materias de la práctica y muy particularmente en patología cardiopulmonar en que era singularmente competente.

No faltará quien recuerde con fruición sus numerosos artículos de EL SIGLO MÉDICO y del *Correo Médico Castellano*, de Salamanca, y otros madrileños y provincianos. Tan originales y consistentes fueron siempre, que yo recuerdo su reproducción por Revistas italianas como *Malattie di l'infanzia*, inglesas como *The Medical Record*, americanas como *The Journal of the American Medical Association*, francesas como *Le Progrés Medical*, *Le Courriel Medical* y la *Revue Internationale des Scien-*

ces Medicales, y tantas españolas de primera categoría.

Trabajos de vulgarización científica en la prensa política y noticiara, principalmente respecto á las enfermedades del corazón.

Gran número de artículos de intereses profesionales cuya importancia, con ser muy sesudos, cede á la de los trabajos científicos.

El Sr. Gil y Ortega era un médico destinado á más gloriosa y extensa actuación social que la que tuvo, y, en realidad, fué uno de tantos apartados por la fatalidad de las funciones docentes, para las que estaba predestinado, y en las que, con más propiedad que en otros campos, «ni son todos los que están, ni están todos los que son».

Séanos de duradera memoria y ejemplo esta vida de D. Bernardo Gil, todo trabajo, dignidad, talento y fortaleza y participen los que siguen las normas de los hombres buenos en el piadoso recuerdo que dedicamos al finado.

Palencia, Julio de 1994.

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

Sin desviarnos en lo más mínimo de la imparcialidad y el método con que nos propusimos hacer el resumen y razonado apuntamiento de lo observado en la actuación de las Sociedades médicas en el próximo pasado curso, vamos dando cima á nuestro empeño, con la satisfacción de oír de labios autorizados de todas ellas el grato juicio á que, como suprema recompensa, aspira nuestra sinceridad.

Quédanos tan sólo ocuparnos de la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, cuya actividad entusiasta y perseverante intervenciones patentizadas quedaron con la asidua y puntual asistencia de sus esclarecidos presidente y consocios, la afluencia de público en mucho mayor número que en otra alguna similar presente á sus sesiones, la variedad de materias puestas á discusión, y el calor é interés á éstas prestados, en mayor ó menor escala, por todos en general.

No rezan, pues, con esta Real Academia los dictérios de perezosa é inútil con aviesas intenciones esgrimidos algún día en su daño por atrabiliarios eternos, descontentos siempre, amargados por la tristeza del bien ajeno. Pero dejemos á un lado estas pequeñeces en que, haciendo la competencia á los reptiles, tan á ras de tierra se mueven algunos hombres, y relatemos la labor por la Academia desarrollada, ya que en ella fielmente se reflejan la ejemplaridad de la conducta y la eficacia de su brillante aportación.

Celebrada la sesión inaugural con la solemnidad acostumbrada, bajo la presidencia del Dr. Cortezo; una vez más puesta á prueba la amena utilidad histórica con que el doctor Pulido adorna las reglamentarias Memorias de la Secretaría á su cargo, y bien contrastadas y aquilatadas las excelentes aptitudes clínicas y erudición científica que el doctor Isla y Bolumburn puso de relieve en su discurso el «Shock quirúrgico», en las columnas de esta Revista íntegramente publicado..., con puntual é ininterrumpida regularidad dieron comienzo y continuaron las sesiones literarias, teniendo la primacía de su actuación el Sr. Pascual (D. Salvador) al leer una erudita y bien documentada comunicación acerca de los «Traumatismos repales en sus relaciones con los accidentes del trabajo».

Relata el Sr. Valle Aldabalde un interesante caso de «Psicosis inducida», con todas las curiosas incidencias y alternativas á que dió lugar; y por él es felicitado por el Sr. Simonena, que añade otros de su personal experiencia.

«Valor de los preparados de bismuto» tituló el Sr. Gimeno (D. Vicente) á una extensa comunicación en que documentalmente relata las infundadas inculpaciones que contra el bismuto se fulminan, haciendo especial mención del succinato á que debe indiscutibles éxitos. El Sr. Espina encarece la conveniencia de explorar el corazón de los sífilíticos, por si en ellos se encontrara alguna contraindicación á los bismutados.

Movida y curiosa resultó la segunda sesión en que el Sr. Pittaluga (D. V.) habló de los «Resultados obtenidos con la Finsenterapia en el lupus tuberculoso» describiendo el aparato y técnica de que se vale, y haciendo desfilar en cortejo interminable unos cuantos casos con sus respectivos comprobantes á la mano.

Y no menos interesante resultó la comunicación que el Sr. Pittaluga hiciera acerca de la «Significación diagnóstica y pronóstica de los pleocariocitos en los esputos bronconeumónicos y en los procesos pulmonares en general», explicando y demostrando detalladamente con repetidas proyecciones las alteraciones y modalidades con que evolucionan y se multiplican los núcleos leucocitarios hasta llegar á la máxima proporción del 12 por 100 y su transformación en pleocariocitos.

Desarrolla el Sr. Fernández Sanz en la siguiente el tema «El eclecticismo en Psicoterapia» manifestando lo variado y complejo de las enfermedades sometidas á la observación del psiquiatra, enumerando sus modalidades, recomendando la práctica del psicoanálisis y condenando los exclusivismos que por igual perjudican á médicos y enfermos.

El Sr. Pulido lee la biografía del finado D. José Ortega Morejón, de que el mismo Sr. Fernández Sanz es autor y por la cual le felicita.

Interviene el Sr. Valle Aldabalde en el tema arriba expuesto, marcando bien las diferencias existentes entre lo psíquico y lo somático, y recomendando no olvidar que ni física ni moralmente hay igualdad absoluta entre los individuos.

Casi por completo llenó esta sesión el Sr. Pulido Martín haciendo la historia retrospectiva de la «Transfusión de la sangre» y alternativas y vicisitudes por que ha pasado, y dando cuenta de un caso en que después de ser por él operado, se vió precisado á practicarla para corregir la profunda anemia subsiguiente. Recuerda el Sr. Huertas el caso por el que nuevamente le felicita, y refiere el de un individuo que al Hospital llegó exangüe y en el que con el señor Hernández Briz practicó la transfusión de la sangre por un enfermero prestada con inmejorable resultado. El Sr. Cardenal se muestra pesimista recordando el fracaso de que fué víctima Ulecia. Y el Sr. Simonena aporta también un caso en que obtuvo evidente mejoría.

El Sr. Codina hace la historia clínica de una señorita de veintidós años, que afecta de «Tuberculosis pulmonar fué neumotorizada» con las afortunadas modificaciones que demuestran las proyecciones que exhibe y el aumento de peso de 49 á 52 kilos.

El Sr. Simonena dió cuenta y comentó cuatro casos de «Tromboangeitis obliterante» de que fueron afectos sujetos jóvenes de tan distintas profesiones como sobrestante, zapatero, conductor de automóvil y comerciante, notablemente aliviados con el citrato sódico y modificado el dolor por la estovaina. Echa de menos el Sr. Goyanes el uso del oscilómetro; no reconoce al citrato sódico las virtudes que se le atribuyen; y habla de la anastomosis arteriovenosa por el profesor San Martín ideada y practicada, como una esperanza de que en casos de esta índole pueden obtenerse indudables beneficios.

Explana el Sr. Vital Aza el interesante tema «Errónea interpretación endocrina de algunas ginecopatías», analizando las fases y evoluciones por que la Ginecología ha pasado desde los no muy remotos tiempos en que los óvulos, pesarios y lavatorios constituían todo el arsenal del ginecólogo, que en nada se parece á la endocrinología moderna que muchas veces hubiera detenido el histuri. Así lo entiende y practica el Sr. Marañón que con el criterio del orador se muestra conforme.

Interviene el Sr. Codina en la discusión del tema «Tromboangeitis obliterante», relatando un caso en que después de un ictus apoplético, dificultad de palabra, parálisis de la cara, y grandes dolores de las piernas, observó una rara decoloración en la izquierda en breve seguida de necrosis de un dedo, cuya fotografía exhibe, quedándole la duda de si habría sido consecuencia de un proceso inflamatorio generalizado ó de una embolia de origen cardíaco. El Sr. Simonena atribuye á esta causa tan rápida muerte; y en la misma opinión abunda el Sr. Goyanes que da á conocer tres de arteriotomía femoral.

El Sr. Marañón se ocupa de la hemoglobinuria paroxística de origen sífilítico; y en su discusión intervienen los Sres. Espina, Codina y Simonena.

Consigue el Sr. Codina despertar interés y suscitar animada y perdurable controversia á propósito del inesperado hallazgo de un «Quiste hidatídico de localización no bien determinada» de que exhibe una radiografía. Para el señor Carro se trata de un «Quiste hidatídico de cara convexa de hígado» que sin titubear operaría; y de perfecto acuerdo con éste se muestra el Sr. Goyanes partidario también de inmediata operación.

El Sr. Pulido Martín presenta á un adulto con «Oleoma doble medicamentoso», sin duda producido por las condiciones de parafinas y vaselinas que sistemáticamente debieran rechazarse como vehículos inadecuados á este género de preparaciones. El Sr. Valle Aldabalde concede á la técnica capital importancia y considera que la inyección debe ser subcutánea; y recuerda el Sr. Olea incidentes á éstos parecidos por la aplicación de ampollas con aceite rancio.

Se ocupa el Sr. Marañón de la «Leucemia linfoides» de que como caso típico historia el de una señora de sesenta y siete años en que con todo relieve sobresalen el metabolismo basal extraordinariamente aumentado al 20 por 100, lo mismo que ocurre con el hipertiroidismo; el de otra con bazo considerablemente desarrollado; y el de que fué víctima el infortunado Achúcarro. El Sr. Huertas se extraña de la rara coincidencia y hace saber que las neuralgias de Achúcarro eran tuberculosas. El Sr. Pittaluga considera al metabolismo de las purinas muy aproximado al de los gotosos. El Sr. Simonena llama la atención hacia la cantidad y

solubilidad del ácido úrico en la sangre de los leucémicos; y añade el Sr. Marañón que el Atofán modificó sensiblemente los desesperantes dolores neurálgicos de los leucémicos.

Interviene el Sr. Huertas en el caso del Sr. Codina manifestando que las alteraciones de la inervación y circulación son una incógnita. El Sr. Valle Aldabalde habla de un «Quiste hidatídico» de pelvis y de otro en la carótida. Hace notar el Sr. Crespo que el «Quiste hidatídico» de hígado queda, en general, bien revelado por radioscopia y que, en todo caso, pueden diferenciarse por medio del pneumotórax con oxígeno.

(Concluirá.)

Sección oficial.

GUERRA

Excmo. Sr.: Para el desarrollo del curso de especialidades médicas determinadas por Real orden circular de 26 de Mayo último (*D. O.* núm. 120), y como ampliación y modificación al Real decreto de 28 de Abril de 1923 (*C. L.* número 194),

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

1.º Los jefes y oficiales que siguen el primer curso de las especialidades de Higiene y Cirugía, y que á juicio de sus profesores hayan demostrado aprovechamiento en los estudios, pasarán á continuar el segundo curso de aquella materia.

2.º En atención á la escasez de personal y á las crecientes necesidades del servicio, queda reducida á un solo año, con carácter provisional, la enseñanza de las demás especialidades médicas consignadas en el Real decreto ya citado, dándolas por terminadas, los médicos que han seguido con aprovechamiento sus estudios.

3.º Por las mismas razones, y también con carácter provisional, se reduce el número de comandantes y capitanes que han de comenzar el próximo curso sus enseñanzas, á los siguientes:

Curso de Cirugía, 3.

Idem de Higiene militar, 2.

Idem de Oftalmología, 2.

Idem de Otorrinolaringología, 2.

Idem de Dermovenereología, 1.

Idem de Psiquiatría, 1.

4.º Los jefes y oficiales que, por haber terminado con aprovechamiento sus estudios, reciban el título de especialistas, quedan obligados á servir en activo, como médicos militares, durante un minimum de seis años, y en caso de su separación voluntaria del servicio, por cualquier concepto, á devolver cuantos gastos haya ocasionado al Estado de dietas devengadas, material de enseñanza utilizado y viajes, por cuenta del Estado, efectuados con motivo de sus estudios para el curso de especialidades seguido.

5.º Las fechas en que se verificarán las convocatorias, así como todo lo concerniente á extensión y desarrollo de los distintos cursos, se determinará por la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra, remitiéndolos, para aprobación de los últimos extremos, á este Estado Mayor Central.

6.º Los jefes y oficiales que asistan á los cursos en concepto de alumnos serán calificados mensualmente, por

sus profesores, en cuanto á conducta, asistencia, aplicación y aprovechamiento se refiere, y estas calificaciones serán comunicadas sin demora, por aquéllos, al director del Centro donde la especialidad se siga, sea militar ó no, quien á su vez lo trasladará con urgencia á este Estado Mayor Central y á la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra. La falta de conducta y de asistencia «buena» en un mes llevará consigo, desde luego, la separación del curso, quedando incapacitados para concurrir oficialmente á otros cursos y anotándose esta circunstancia en las hojas de servicios. Igualmente se seguirán en los casos de aplicación y aprovechamiento «regular», durante dos meses, y concepción mala en el primer mes. Se considerará para estos efectos, como nota mínima de aprobación, cinco puntos, y la máxima, de diez puntos.

7.º Los que obtengan Diploma de especialistas y se encuentren sin destino, como tales, quedarán obligados á cubrir las vacantes de esas especialidades en la Península, Africa, Baleares y Canarias en concepto forzoso, y de moderno á antiguo, donde ocurran.

8.º Para el próximo curso de 1925-26, con la anticipación debida, la Sección de Sanidad Militar redactará nuevos programas para los cursos y concursos previos para las distintas especialidades médicas.

9.º Cuando á juicio de los profesores de las distintas especialidades, alguno de los alumnos posea, con la misma ó mayor extensión, todos los conocimientos de la teoría y práctica que se exige en cada curso, se someterá á la aprobación de la Superioridad la constitución del Tribunal de examen, para que ante él y públicamente demuestre su aptitud, quedando, por este procedimiento, reducidos los dos cursos de un año á dos cursos de seis meses para las especialidades de higiene y cirugía, y á un curso de seis meses el provisional de un año para los restantes. Serán admitidos, para mayor abundamiento en la calificación final de estos cursos extraordinarios, cuantos certificados presenten los alumnos y se refieran exclusivamente á la especialidad que cursa. Demostrada la suficiencia del alumno ante el Tribunal de los dos cursos, les será expedido el título de diplomado.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 16 de Julio de 1924.—El general encargado del despacho, Duque de Tetuán.—Señor ... (*Gaceta* del 22 de Julio de 1924.)

GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Ninguna de las disposiciones relativas al régimen interior de la antigua Inspección, hoy Dirección general de Sanidad, determinó categóricamente el lugar en que, dentro de la organización sanitaria, debían ocupar los jefes técnicos de los servicios de Farmacia y Veterinaria, á pesar de que, por la importancia creciente de los mismos, su misión se hace de día en día más precisa, como factor esencialísimo de la higiene pública y de la acción sanitaria del Estado.

Tales servicios tienen relación muy directa con las tres Inspecciones de Sanidad, Exterior, Interior é Instituciones sanitarias, de lo cual se infiere, para el buen orden y unificación de los servicios, la conveniencia de que, sin depender directamente de ninguna de ellas, constituya un departamento especial á las órdenes inmediatas del director ge-

neral de Sanidad, lo cual puede facilitar el desarrollo é incremento de los servicios veterinarios y farmacéuticos en beneficio de la higiene pública.

Esta medida no se opone á ninguna de las disposiciones que regulan el régimen interior de la Dirección general de Sanidad, y, en su consecuencia,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que los servicios que actualmente tienen á su cargo los jefes técnicos de Farmacia y Veterinaria, constituyan en lo sucesivo, con los auxiliares que al efecto se señalen, un departamento especial, que funcionará en la Dirección general de Sanidad, á las inmediatas órdenes del director, con quien despacharán todos los asuntos de Veterinaria y Farmacia que sean de la incumbencia de su profesión, á cuyo efecto el Registro general cuidará de cargar todos los documentos relacionados con aquéllos á los departamentos de referencia, que se denominarán Jefaturas técnicas de los Servicios Farmacéuticos y Veterinarios.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 22 de Julio de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 27 de Julio de 1924.)

Excmo. Sr.: Teniendo presente las repetidas quejas elevadas á este Ministerio por diferentes Colegios Médicos y Farmacéuticos y por «La Especialidad Farmacéutica», solicitando oportuno correctivo para los explotadores de algunas especialidades farmacéuticas que, guiados por el excesivo afán de lucro, conceden tantos por ciento, dádivas, regalos, etc., á los facultativos que las prescriban, y considerando lesivos para la moral y ética profesionales estos ofrecimientos,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Queda terminantemente prohibida toda propaganda directa ó indirectamente remunerada, dirigida á los facultativos que las ordenen.

2.º Se procederá á la clausura de aquellos laboratorios cuyos propietarios contravengan esta disposición, anulándose el registro de las especialidades correspondientes.

De Real orden lo comunico á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 22 de Julio de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 24 de Julio de 1924.)

Dirección general de Sanidad.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Real orden de este Ministerio de 14 del mes corriente (*Gaceta* del 16),

Esta Dirección general ha acordado:

1.º Que se convoque concurso entre los funcionarios activos y excedentes del Cuerpo Médico de Sanidad exterior para la provisión de las vacantes de directores médicos de las estaciones sanitarias de los puertos de Valencia, Castellón, Algeciras, Mazarrón, Sagunto Canet, Torre Vieja, Santa Cruz de la Palma, Ferrol, Corcubión, San Esteban de Pravia, Castro-Urdiales, Motril, Palamós, Ibiza, La Línea y Denia; de subdirectores médicos de Palma de Mallorca, Mahón, Huelva, Sevilla-Bonanza, Melilla y Santander, y de médico auxiliar de la de Sevilla-Bonanza y sus resultas, con arreglo á lo preceptuado por el artículo 14 del vigente Reglamento de Sanidad exterior, modificado por Real decreto de 30 de

Marzo de 1920; debiendo los aspirantes presentar sus solicitudes en este Ministerio dentro del plazo de quince días, á partir de la publicación de la presente en la *Gaceta de Madrid*; y

2.º Que dispuesto por aquella soberana disposición quedan refundidos en un solo concurso los que en la actualidad se encuentran pendientes de resolución, se anulen todas las instancias presentadas á los mismos que no se ajusten á los términos de la presente convocatoria.

Madrid, 22 de Julio de 1924.—El director general, *Francisco Murillo*. (*Gaceta* del 24 de Julio de 1924.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,3; ídem mínima, 698,9; temperatura máxima, 32º,5; ídem mínima, 16º,2; vientos dominantes, ENE. NE.

Las bruscas oscilaciones de la temperatura han producido heterogeneidad en el carácter de las afecciones agudas dominantes en la última semana: siguen siendo poco frecuentes las infecciones intestinales y continúan presentándose los catarros de las vías respiratorias, los lumbagos, las parálisis y las neuralgias *a frigore*.

En los niños predominan los afectos intestinales propios de la estación.

Crónicas.

Misión científica española en Inglaterra.—La Misión científica española que se encuentra actualmente en Inglaterra ha realizado visitas detenidas á los hospitales de Londres.

Diversas entidades científicas inglesas han tributado agasajos á la Comisión de médicos españoles.

Los Dres. Sres. D. José María Rosell, D. Ramón San Ricart y Pla Armengol, de Barcelona, presentaron comunicaciones é informes científicos al Congreso Médico de Bradford, siendo muy felicitados por sus notables trabajos.

Los médicos españoles han sido objeto de señaladas distinciones por parte de los miembros del Congreso y de distintas entidades y Corporaciones de Bradford, haciéndose fervientes votos por que esta visita sea el primer paso para establecer firmes y estrechas relaciones científicas entre España é Inglaterra.

La Prensa profesional inglesa saluda toda ella, y dirige cordiales frases á la Misión científica española.

Un suceso lamentable.—El día 26 de Julio y en una de las salas del Hospital del Niño Jesús, ocurrió una desgracia que impresionó al personal y enfermos del establecimiento.

Hacia varios días ingresó un muchacho de doce años, llamado Gabino Carvino Gómez, quien presentaba afecciones febriles. Se le instaló en una de las camas que tenía al lado un balcón. Aprovechando un momento en que nadie podía verle y en un acceso febril, la criatura se arrojó por el balcón al patio, causándose tan graves lesiones, que falleció casi instantáneamente.

El sarampión en el Hospicio de Sevilla.—Desde hace algunos días se vienen registrando entre los niños acogidos al Hospicio de Sevilla algunos casos de sarampión; pero ninguno de ellos ha revestido hasta la fecha carácter de gravedad.

A pesar de esta última circunstancia, la Comisión inspectora del benéfico establecimiento ha tomado la plausible medida de suspender la admisión de niños en tanto subsista el peligro de contagio.

El personal facultativo y administrativo del Hospicio ha empezado á aplicar con urgencia y rigor los procedimientos

profilácticos y curativos indicados para combatir el mal é impedir su propagación.

II Congreso Nacional de Ciencias Médicas y Exposición de Medicina é Higiene.—Ha sido nombrado delegado del Gobierno de Chile en el Congreso de Medicina que se celebrará en Sevilla en el mes de Octubre próximo, el Dr. D. Manuel Calvo Mackenna.

El Gobierno de Venezuela ha designado como delegado al Dr. José Ignacio Cárdenas, ministro de la República en Madrid, y al Dr. Angel Larralde, diputado, ambos médicos de la Facultad de Caracas.

Y para que, con el carácter de delegado, represente á la República de Panamá, su Gobierno ha designado al doctor Raúl A. Amador.

Concurso médico.—La revista médica (?) *Anales*, de los Establecimientos Chatelain, órgano de los Laboratorios de Investigaciones Químicas y Fisiológicas de París, ha abierto un concurso de trabajos médicos originales, en el que podrán tomar parte todos los médicos de habla castellana.

Se adjudicarán cuatro valiosos premios en metálico:

Un premio de 1.000 pesetas al mejor trabajo de tema libre.

Un premio de 1.000 pesetas al mejor trabajo sobre un asunto de «Medicación coloidal».

Un premio de 1.000 pesetas al mejor trabajo sobre un tema de libre elección, basado en un asunto de terapéutica.

Un premio de 1.500 pesetas al mejor trabajo sobre «El Urodonal en las enfermedades de la nutrición».

El Jurado calificador lo componen las siguientes personalidades:

Doctores Emilio Achard, Marcelo Labbe, Gregorio Marañón, Andrés Martínez Vargas, Jaime Peyri, Augusto Pi Suñer, G. Pouchet y L. Recasens.

Las bases de este concurso se han publicado en la revista *Anales*, de los Establecimientos Chatelain, y se han remitido á todos los médicos de España y América; pero la Dirección de dicha revista ofrece enviar dichas bases á todos los médicos que las soliciten dirigiéndose al Apartado 718, Barcelona.

Distinciones y honores.—Los Dres. D. Andrés Martínez Vargas, rector de la Universidad de Barcelona, y don Enrique Suñer, catedrático de la Central, han sido nombrados socios correspondientes de la Sociedad Médica de Hospitales de París.

Esta distinción se les otorga en correspondencia de las brillantes conferencias pronunciadas por ellos en los principales centros culturales de la capital de Francia, no hace mucho tiempo.

—Otro ilustre profesor español acaba de ser objeto de distinción poco frecuente. El decano de la Facultad de Farmacia de Madrid, D. José Casares Gil, ha sido nombrado *doctor honoris causa* por la Universidad de Munich.

Los méritos indiscutibles del Sr. Casares Gil, que se encuentra actualmente en la República del Plata, son conocidos en la Universidad de la capital de Baviera en la cual explanó sus progresivas y célebres teorías.

Tanto á los Sres. Martínez Vargas y Suñer como al doctor Casares, enviamos nuestra cordial enhorabuena.

Hospital destruido por el fuego.—En la Prensa diaria se da cuenta del intenso fuego que ha destruido totalmente el Hospital de Monzón (Huesca).

El edificio, que anteriormente fué convento de franciscanos y luego Hospital Militar, había sufrido para convertirse en civil una costosa y transcendental reparación á expensas del barón de Eroles, que le dotó de los más modernos servicios é instrumental en 1916.

Las pérdidas suponen una cantidad elevadísima.

No ha habido que lamentar desgracias personales, gracias al esfuerzo de las Guardias civiles y municipales y del vecindario, que pusieron rápidamente á salvo á los enfermos y evitaron después que el fuego se propagase á otros edificios.

Concursos desiertos.—Por Reales órdenes de fecha 10 de Julio, el Ministerio de Instrucción Pública ha declarado desiertos, por falta de aspirantes, los concursos de traslación anunciados en 10 de Junio, para proveer las Cátedras de Higiene, de Sevilla, y de Histología y Anatomía patológica, de Valladolid.

De Sanidad Militar.—En el *Diario Oficial del Ministerio de la Guerra* ha aparecido la lista de los nuevos tenientes médicos de Sanidad Militar. Es como sigue:

D. José Villalobos Robelán, D. Diego Jiménez Anchusti, D. Pedro Gómez Cuéllar, D. Manuel Aranda Rojas, D. José Soaje Hermida, D. Luis Rubio Chesa, D. Nemesio Agudo Aparicio, D. Gaspar Soto Gil de la Cuesta, D. José Pérez Puertas, D. Fernando Astán Pérez, D. Rafael Bernal Somena, D. José Lafuente Burges, D. Manuel Artacho Galván, D. Vicente Sergio Orbaneja y D. Emilio Martín Pérez.

Para la construcción de un sanatorio.—El día 29 del pasado Julio se han reunido en el despacho del gobernador civil de Granada las autoridades y elementos más caracterizados de la provincia para tratar de la creación y construcción en la Dehesa de San Jerónimo (Sierra Nevada) de un sanatorio antituberculoso.

La idea fué acogida con simpatía por el gobernador, que prometió á sus visitantes ayudarles en la medida que le sea permitido.

Sustituto.—Se necesita médico para una sustitución por un mes aproximadamente. Para detalles y condiciones dirigirse al médico titular de Valverde de Mérida (Badajoz).

Rayos X para diagnóstico y terapia superficial (equipo Coolidge). Aparatos de Electroterapia y Rayos Ultravioleta, todo nuevo, se venden á buen precio. Escribid, Sr. M. Pons, Galileo, 5, bajo.

Oposiciones á médicos.—Subdelegados de Medicina. Convocadas *Gaceta* del 8 de Julio, para licenciados menores de cuarenta años. Contestaciones al programa por el doctor D. Julio Bravo, del Cuerpo de Higiene Venérea de Madrid, con premio extraordinario, y por D. Baldomero Campos, en la parte de Legislación, abogado también con premio extraordinario. Precio, 30 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14.

Exciiente Inerte.—¿Qué más da decir: has de ser católico ó te quemó, ó decir: has de ser libre pensador ó te suprimo?

(Echegaray.)

No debemos detenernos en sembrar ideas útiles y justas; es posible que éstas germinen y florezcan hasta rendir sus frutos; pero hay que resignarse á la idea de que una cosecha abundante, no se logra prontamente por el que siembra.

(Alfonso Karr.)

Escilarina.—Al presente número acompañamos un prospecto-tarjeta sobre el producto Escilarina, de la Casa Sandoz, recomendando la lectura y pedido de muestras.

PAPELES YHOMAR

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

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, caquexias, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

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

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