

# 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 FRANCO RODRIGUEZ



**J. BLANC Y FORTACÍN**  
Del Hospital de la Princesa.  
**L. CARDENAL**  
Catedrático de Cirugía de Madrid.  
Cirujano del Hospital de la Princesa.  
**J. OODINA 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**

**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 VILLAVEVERDE**  
Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Ins. tuto Cajal.  
**R. DEL VALLE Y ALDABALDE**  
Del Hospital General.

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

**SUMARIO:** Sección científica: La obra científica de Ehrlich, por el Dr. J. Mouriz. — Radioterapia excitante, por los Dres. Julián y Santiago Ratera. — Contribución al estudio de la fiebre de Malta, por Carlos Schneider San Román. — Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo. — Bibliografía. — Periódicos médicos.

## LA OBRA CIENTÍFICA DE EHRLICH

FOR EL

DR. J. MOURIZ

### I

#### RÁPIDA OJEADA SOBRE EL CURSO DE LA MISMA

Un librito de su antigua secretaria, la señorita Martha Margnardt, Paul Ehrlich als *Mensch und Arbeiter* nos recuerda que ahora, en el mes de Mayo, habría cumplido setenta años. Siempre es interesante conocer la obra de un hombre cumbre, pero la de Ehrlich, por su influencia en el desarrollo de la inmunidad y quimioterapia, quizá lo sea más, porque aun entre los mismos alemanes es muy corriente que no sea acertadamente interpretada, lo cual no tiene nada de extraño. Los hombres que cultivan la biología, química pura, histología, hematología, bacteriología, farmacología y terapéutica experimental al meditar sobre la figura de Ehrlich, viendo su obra de conjunto, no pueden por menos de asombrarse que haya tocado un hombre todas estas cuestiones y en todas ellas haya dejado la huella de su paso, tan marcada y notoria que, en la historia de todas esas ramas del saber, aparece Ehrlich como hombre genial á quien hay que colocar en plano preeminente. Tal variedad de condiciones no se conciben en nuestra época, en que cualquiera de las ciencias absorbe las actividades de un gran cerebro. Es que toda ella, pasmosa por su extensión é importancia, gira alrededor de un par de principios básicos y geniales, puestos al servicio de un torrente fastuoso de fan-

tasía y de una disciplina insuperable de la voluntad. La multiplicidad de aptitudes, siendo cierta en principio, tiene á mi juicio mucho de equivocada, es algo así como los distintos y espaciados tramos de una intrincada y á veces perdida escalera que inaccesible al no muy versado, conduce á quien la hizo, de un modo recto y seguro, después de llenarle varios fines, á la cumbre del edificio. Quien se encariñe con su obra y la vea desde sus comienzos, podrá convencerse, que los resultados de la quimioterapia de los arsenicales, al finalizar la primer década del siglo xx tienen una relación estrecha, aunque á primera vista no se la vea, ni aun remota, con su memoria del doctorado «Beiträge zur Theorie und Praxis der histologischen Färbung» en 1878 y sobre todo, con su admirable trabajo del 1885 «Das Sauerstoff Bedürfniss des Organismus».

Para demostrarlo, voy á llenar unas cuartillas, tal vez bastantes, que á la vez sean como expresión de gratitud de un discípulo.

Hijo de modestos comerciantes, nació en Strehlen, un pueblecillo de cerca de Breslau, en Marzo de 1854, y pronto se reveló á los suyos, principalmente á su madre, como hombre de grandes vuelos, pues ella fué la que denodadamente defendió á su hijo en algún consejo de familia, en que se trató de torcerle el rumbo universitario, dada la irregularidad con que llevaba sus estudios. Los fracasos en unas ramas los adornaba orgullosa su madre con el extraordinario esplendor con que hacía otras. En su primo Weigert, el gran patólogo, encontró ella el apoyo que necesitaba. Hizo su carrera bajo la influencia de hombres como Heidenheim, Cohnheim y Weigert, en Breslau, primero, y de Waldeyer,



en Estrasburgo, después. Su memoria del doctorado da idea del provecho con que recibió las enseñanzas de estos sabios. La casualidad le puso en relación con Frerich, quien quedó enamorado del espíritu científico, de la imaginación fogosa y del método en la exposición del joven médico y le ofreció un puesto de asistente en su clínica médica de la Charité. Por su imaginación pasaron en seguida los nombres de Traube y Virchow, que con el gran Frerich, hacían de aquello un excelente centro de investigación, que colmaba por el momento sus ambiciones. Se le dió á Ehrlich libertad completa de acción y estaba Frerich tan satisfecho de la aplicación y del talento de su asistente, que le relevó de todo trabajo clínico que pudiera interrumpirle en su labor científica, desde luego de todo trabajo que no fuera de su agrado. Allí continuó sus trabajos hematológicos y se ocupó al mismo tiempo de la tinción de bacterias.

La muerte de Frerich fué un gran contratiempo para Ehrlich. Gerhardt, el sucesor de Frerich, no tenía para el joven asistente la estimación que su antecesor, no supo dar valor á su capacidad científica, y hombre de espíritu pequeño, veía con recelo el unánime reconocimiento de la personalidad del que él creía su subordinado, y le puso toda clase de obstáculos, procurando elegir él y sus aduladores, aquellos que más mella hicieran en el temperamento nervioso de Ehrlich. Su boda con Hedwid Pincus, mujer de extraordinario talento, identificada espiritualmente con él, é hija de un acaudalado industrial silesiano, le dió la independencia económica necesaria para no aguantar las faltas de delicadeza de aquella gente envidiosa y ruin, y amargado abandonó la Charité, donde dejaba grandes afectos, pero ya con el título de profesor que había recibido en vida de Frerich, tres años antes; cosa excepcional, pues hasta entonces, no se había concedido á nadie extrañío á la enseñanza. En sus trabajos sobre tinción del bacilo de Koch, se tuberculizó y durante año y medio se vió obligado á cuidar de su salud, pasando seis meses en Egipto.

A su regreso se encontró con que no había centro oficial que le ofreciera un puesto, y entonces, con sus propios medios, instaló en su casa de Berlín un laboratorio, donde comenzó sus geniales trabajos sobre inmunidad que era lo que entonces empezaba á preocupar á los grandes investigadores médicos.

Koch, que recordaba el entusiasmo que había despertado Ehrlich en un hombre de las condiciones de su amigo Frerich, que además le era muy conocido por su método de tinción del bacilo, cuando leyó sus trabajos sobre inmunidad con venenos vegetales, ricina, abrina, etc., le llamó y le ofreció la dirección de una consulta en el hospital Moabit, para el estudio del tratamiento con la tuberculina, que Ehrlich aceptó en el acto. Ya se le había hecho Privatdozent de Patología médica en la Universidad de Berlín. Pronto se convenció Koch, que si grandes eran las condiciones que supo apreciar Frerich, para otros ramos de la Medicina, no cedían en nada las que mostraba para estas otras cuestiones y le arregló en su instituto unas habitaciones donde pudiera trabajar libremente, ya que limitaciones de orden administrativo no le permitían por el momento darle puesto oficial en el Instituto. A pesar de sus grandes entusiasmos por la enseñanza, para la que tenía excepcionales condiciones, adornadas con su admirable modo de decir, no la quería dedicar muchas actividades, porque se las robaba para la investigación. Su público lo constituyan, no sólo los estudiantes, sino lo selecto de los médicos de Berlín, afanosos de conocer las nuevas orientaciones de la Medicina, á las que tanto venía ya contribuyendo, y en 1897 se le nombró profesor extraordinario de la Universidad de Berlín.

Precisamente, por esta época dió á conocer Behring sus maravillosos trabajos sobre inmunidad diftérica, que produjeron en el espíritu de Ehrlich un verdadero entusiasmo, expresado públicamente en su labor docente. Inmediatamente se comenzó á preparar suero antidiftérico en animales grandes, que dieran suficiente cantidad del mismo para su empleo en la terapéutica humana. Los resultados prácticos dieron lugar á las más estrepitosas luchas: mientras unos afirmaban que era un remedio prodigioso, pues poco tiempo después de su aplicación se observaban los efectos en el estado general del enfermo y en el local, con desprendimiento de las membranas; otros decían que no servía para nada, pues aplicada o en los comienzos de la enfermedad no era capaz de modificar el curso de la misma, ni aun á dosis masivas. La seriedad de los clínicos de ambos bandos daba un gran interés á la discusión en la que comenzó á jugar su papel la pasión. De Dinamarca é Inglaterra que habían comenzado á preparar suero, venían datos poco favorables. Behring, sufría como es natural, ante esta diversidad de resultados que no se acertaba á explicar, y Ehrlich, identificado con él, participaba de su pena. Como había tenido que vencer dificultades para conseguir sueros muy potentes contra la ricina y demás venenos vegetales, supuso que á lo mejor no sabían preparar buenos sueros los que los hacían, y á esto atribuyó Ehrlich la discrepancia en los resultados; y con la vehemencia de su carácter se lanzó desde los diarios de Berlín á intervenir en esta cuestión que ya había tomado caracteres de interés público.

La personalidad de los que mantienen, basados en resultados de la experiencia, criterios tan opuestos, anima á creer, decía Ehrlich, que ambos bandos tienen razón, y la causa de la discrepancia debe estar en que mientras unos usan sueros buenos, de alto poder antitóxico, los que manejan otros, son malos, casi ó totalmente, sin poder curativo. Ante una discusión como ésta, en que se debatía asunto de tanto interés para la salud pública y para la ciencia médica, pedía que no permaneciera indiferente el Estado y que creara una oficina oficial donde se determinara el poder curativo del suero antidiftérico, para poner en claro dos puntos: primero, si realmente era ó no eficaz el suero, y, segundo, si como él pensaba, era un remedio prodigioso, impedir que se pusiera á la venta una sola ampolla ó frasco que no tuviera la eficacia debida; excitando á su vez á los hombres de ciencia, para buscar métodos exactos de dosificación del suero.

El razonamiento hizo mella en el ánimo de Koch y éste puso todo el peso de su gran autoridad á favor del mismo en el Consejo de Sanidad. En 1894 se instalaba en el mismo Instituto para enfermedades infecciosas, unido á la Charité y dirigido por Koch, una sección con este fin, bajo la inspección inmediata del propio Koch y en la que actuaban como encargados de realizar el servicio los Drers. Kossel y Wassermann.

El trabajo de la sección creció extraordinariamente, y se pensó en crear algo independiente en donde á la vez que se llenara esta importantísima función fiscalizadora, de índole esencialmente sanitaria, se montara debidamente la investigación serológica. Así nació el *Institut für Serumprüfung und Serumforschung*, instalado en Steglitz, un barrio de Berlín.

A propuesta de Koch, se nombró director del mismo á Ehrlich. El desarrollo de la serología fué rapidísimo, y á él contribuyó, como nadie, según veremos después, Ehrlich. Aquí hizo él su maravilloso método de valoración del suero antidiftérico, admitido por el mundo entero; su trabajo sobre constitución del veneno diftérico y una gran parte de su obra en el terreno de la inmunidad.



Pronto llegó a ser insuficiente este Instituto, y pensó Ehrlich en aprovechar la influencia de sus afines en religión para lograr otro Instituto de más vuelos, en donde él pudiera desarrollar los planes que iba concibiendo. En Koch hallaba también eco a sus nobles deseos. Pero ya que se pensara en algo grande, quería Ehrlich que el nuevo Instituto estuviera en íntima relación con un gran hospital; había problemas referentes a indicaciones, dosificación, etc., tanto en serología como en terapéutica experimental, para los que no bastaba la experimentación animal; era necesario tener cerca la cabecera del enfermo. Pero esto era muy difícil en Berlín. El nuevo hospital de Virchow se uniría al Instituto de Koch; para los demás había también dificultades de distintos órdenes; se imponía pensar en otra gran población. Frankfort, en donde había un núcleo científico de extraordinario mérito, con su admirable Instituto anatomopatológico de Senckenberg, su hermosísimo hospital municipal y hombres como Weigert, Schmidt, el neurólogo Edinger y otros muchos, agradaba a Ehrlich.

Además, junto a Frankfort tenía la fábrica de Meister Lucius, que era la fábrica más importante de sueros y podía estar en relación directa, personal y telefónica, con la misma, a los efectos del examen de sueros.

En 1899 hizo su traslado de Steglitz a Frankfort, debido al apoyo del ministro Sludt, del director general Althoff y del alcalde de Frankfort, Adickes, donde se instaló el *Königliches Institut für Experimentelle Therapie*. En sus comienzos quedó constituido por tres secciones: una para el examen oficial de sueros y vacunas que tuvieran métodos exactos de dosificación; otra, de bacteriología, para los problemas higiénicos de la población, y otra para desarrollo de la investigación serológica, en su aspecto teórico, tomando como colaboradores a los Dres. Neisser y Sachs. En 1902, con los medios de un donativo y una pequeña subvención del Estado, que se proporcionó, fundó dos secciones más, una para investigación del cáncer y otra para investigaciones fisicoquímicas, que confió, respectivamente, a los profesores Apolant y Bechhold.

El trabajo de las secciones creció enormemente, al punto de que alguna, como la de bacteriología, llegó a ser más tarde un Instituto independiente, a cargo del profesor Neisser, y la de fisicoquímica, que hoy constituye el *Institut für Kolloidforschung*, que dirige también el profesor Bechhold.

Cuando los estudios de inmunidad le llevaron a la quimioterapia, pensó en instalar otro centro *ad hoc*, con su sección de química pura y la de biología experimental, a la que quería dar otro carácter. En la viuda de Georg Speier encontró Ehrlich los medios económicos necesarios, no sólo para la construcción del edificio, instalación adecuada del mismo a los fines que perseguía, etc., sino para su futuro sostenimiento, con los cuales pudo llevar a cabo su obra magna en quimioterapia, según veremos.

Su sucesor, el profesor Kolle, que ha seguido con fruto la obra de Ehrlich, como lo prueba el estudio biológico del silbersalvarsán y del sulfoxilato y el descubrimiento del neo-silbersalvarsán, ha introducido en los Institutos importantes reformas, de las que no nos podemos ocupar por ahora.

## II

### ESTUDIOS HISTOLÓGICOS

Al ser nombrado por Frerich asistente de la II Clínica médica, en la Charité, se ocupó de las enfermedades de la sangre, y del 1876 data su primer trabajo sobre «*Farbenanalytische Studien*» en el que dió a conocer los «*Mastzellen*». Este era el fundamento de su gran obra referente a la *Morphologie des Blutes*, en la que, basado en estudios de he-

matología comparada, trazó una nueva doctrina sobre la citología de la sangre, deduciendo, además, interesantes consecuencias respecto al funcionamiento normal y patológico de los órganos hematopoyéticos. Supuso que el origen de las células con granulaciones basiófilas era el tejido conectivo, y como en todo proceso inflamatorio hay acúmulo más o menos grande de ellas, revelando un incremento nutricional, por eso eligió el nombre de *Mastzellen*.

Dió a las granulaciones gran importancia y siempre las consideró expresión del quimismo de la célula, y, por tanto, de importantes funciones de las mismas.

Al tefir las preparaciones secas, buscaba algo que le diera idea de ese quimismo, y como la industria química no le facilitaba materias colorantes adecuadas, obtuvo una, haciendo actuar orange ácido sobre una substancia básica como el verde de metilo, y preparó así una substancia neutra que tefía las granulaciones neutrófilas y en la que quedaba todavía algo de fuchina ácida.

Junto a las granulaciones neutrófilas y a las basiófilas describió las eosinófilas, cuyo estudio siguió en distintas especies de la escala zoológica y supo asignarlas el papel diagnóstico que tiene en el hombre, su aumento y desaparición.

La linfocitosis la consideró como una irrupción de elementos muy poco movibles, los linfocitos, en la sangre. La hizo como la hiperleucocitosis, son producto de un proceso activo de los granulocitos, engendrado por acción quimiotáctica y que tienen su expresión en el abandono e irrupción de las mismas en el torrente sanguíneo. Reconoció leucemias mieloides en casos de escaso aumento en el número de leucocitos, que apenas pasaban el límite de leucocitosis algo pronunciadas, fijándose en la presencia de mielocitos neutrófilos o eosinófilos, células que existen normalmente en la medula, pero en sangre sólo en casos patológicos y en la proporción en que están aumentados los neutrófilos, basiófilos y eosinófilos. En los hematíes nucleados y en la presencia de células atípicas, reconoció que siempre que se dé esto, se trata de leucemia cualquiera que sea el grado del aumento de leucocitos. Del hematíes y sus formas degenerativas, hizo un estudio muy completo, relacionándolo con su misión fisiológica.

En los hematíes nucleados, distinguió, según el tamaño y propiedades del núcleo, tres tipos: normoblastos, que dan lugar al hematíe y existentes en la medula ósea del adulto; microblastos y megaloblastos, éstos no se encuentran en condiciones fisiológicas más que en la sangre del embrión, o en los primeros tiempos de la vida extrauterina. La presencia de éstos en la sangre del adulto, debe considerarse siempre como un síntoma de anemia grave. Por cariólisis, dan lugar a los megalocitos, por tanto, la presencia de megalocitos en sangre periférica de un adulto, autoriza a admitir megaloblastos en alguna porción medular, cosa que no puede darse más que en proceso patológico, en el cual se conserva más o menos el tipo embrionario. Así pudo sentar un concepto nuevo de la enfermedad de Biermer y separarla bien de la anemia simple, por muy acentuada que ésta sea.

También introdujo en hematología el concepto de anemias aplásticas en las que no se ven formas degenerativas.

Ahondó en el intrincado fenómeno de la hemoglobinuria paroxística y estudió algo de la química de la sangre del modo que a él le era dable en su época, deteniéndose en el reparto del oxihidrilión y del glucógeno y otras muchas cosas que permiten considerarle como una de las figuras más grandes de la hematología y que aunque no hubiera hecho más después, ya ocuparía un buen lugar en la historia de la Medicina.

(Continuará)



## RADIOTERAPIA EXCITANTE

POR LOS

DRES. JULIÁN Y SANTIAGO RATERA

De poco tiempo á esta parte se ha comenzado á hacer uso de dosis pequeñas de rayos Roentgen, los cuales serían utilizados, ó por sí solos, ó bien como complemento de otros tratamientos hechos con dosis intensivas en alguna región del cuerpo, á fin de exaltar las defensas y energías del organismo, y contribuir de esta manera á la curación de algunas enfermedades.

El empleo de los rayos X en dosis excitantes se lo debemos á M. Fränkel, el cual empleó ya en 1914 la irradiación estimulante ó excitativa del bazo, ganglios linfáticos y médula ósea, para el tratamiento de la clorosis y distintas formas de anemia, demostrando los exámenes de sangre hechos la eficacia de este procedimiento.

Más adelante empleó este mismo procedimiento, aplicado al bazo, como tratamiento coadyuvante del hecho directamente sobre el tumor, en casos de carcinoma uterino, basándose en la observación de que en el bazo no se presentan nunca metástasis carcinomatosas, ni aun en los casos de carcinosis generalizadas, debido seguramente á la destrucción que deben experimentar las células carcinomatosas que llegan al bazo.

En alguno de los viajes hechos por Alemania hemos sido testigos de la irradiación de toda superficie cutánea de un enfermo de edad avanzada, con dosis cortísimas, ocho días antes de irradiarle intensivamente un epiteloma de la cara, á fin de exaltar sus defensas. Interrogado el Dr. Chaoul, que era quien hacía este procedimiento, sobre los resultados obtenidos, nos manifestó que eran superiores á los logrados sólo con la irradiación del foco enfermo.

Hasta ha querido exagerarse esta acción excitante de las pequeñas dosis, haciendo depender de ella la curación de tumoraciones cancerosas, sin tratamiento local de éstas, habiéndose obtenido algunos resultados favorables en animales de laboratorio, pero en contra de esta tendencia se ha alzado recientemente Seitz (1) el cual, en un artículo publicado en *Strahlentherapie*, concluye afirmando que hoy por hoy el tratamiento más seguro de las neoformaciones malignas es el intensivo local.

Este tratamiento excitante, más que á exaltar defensas y fuerzas en el cuerpo cuando se trata de combatir una enfermedad grave (cáncer), es empleado actualmente directamente como estimulante sobre la enfermedad en la que se piensa influir. Así, sin salir del campo de la Ginecología, vemos que esta técnica es empleada con gran resultado en el tratamiento de la amenorrea, ya influyendo directamente sobre los ovarios ó influyendo sobre la hipófisis en la cual dosis pequeñas actúan beneficiosamente sobre aquélla (15 20 por 100 de la HED.)

Esta acción contra la amenorrea fué comunicada

por Thaler al Congreso de Ginecología de Innsbruck en 1922, y contra ella se alzaron las opiniones de Esch, Holzkecht y Martín, los cuales creían que con estas dosis podría dañarse al ovario en el folículo maduro, llevando Holzkecht su temor hasta afirmar que en mujeres débiles una simple radiación excitante puede llevar á la castración, afirmación que no se ha visto confirmada.

Por el contrario, Zweifel (2) ha obtenido, por lo menos, en 50 por 100 de los casos tratados por él un éxito completo, pues en 18 casos que había irradiado hasta 1922, en 9 casos observados continuamente de Enero á Agosto se obtuvo un éxito completo, y de los otros 9, en 3 no se obtuvo resultado, otros 3, en los que al principio se obtuvo buen resultado, no volvieron para ser reexaminados, y otros 3 casos no volvieron después de la primera sesión ni contestaron á las preguntas que les fueron hechas, aun cuando lo probable es que en estos últimos 6 casos, como dice Zweifel, las enfermas no hayan vuelto por hallarse sanas, de modo que puede aceptarse la idea admitida hoy de que en la mitad ó dos terceras partes de los casos la radioterapia excitante va seguida de éxito, debiendo aplicarse en el mayor número de casos posible, á causa de su inocuidad.

Otra enfermedad en la que se ha experimentado con éxito, es, en oposición á la que acabamos de mencionar, la diátesis hemorrágica, y en general, toda clase de hemorragias, acerca de lo cual publicaron un trabajo muy documentado los Dres. García Donato (de Valencia), en esta misma Revista, en el cual ponían de manifiesto la acción beneficiosa de la irradiación excitante del bazo sobre aquella diátesis.

La base del estudio de esta irradiación excitante han sido los experimentos de Heinecke, el cual, así como otros autores, han comprobado la acción electiva de los rayos Roentgen sobre el tejido linfóide.

Stephan, después de largas experiencias é investigaciones clínicas, llegó á la conclusión de que las irradiaciones esplénicas aumentan el fermento coagulante de la sangre, pues por la destrucción de los leucocitos y linfocitos en el bazo, es puesta en libertad una abundante cantidad de fermento acelerador de la coagulación, que lleva á un acortamiento del tiempo de coagulación, que aunque pasajero, hace que la sangre coagule más rápidamente durante algún tiempo.

Como aplicación práctica de estas investigaciones se emplea la irradiación excitante del bazo para tratar las hemorragias agudas, tales como las producidas en la púrpura, hemofilia, etc., considerándose á este tratamiento como un método fisiológico de hemostasia, y por los resultados obtenidos parece haberse demostrado su superioridad sobre los medicamentos hemostáticos corrientemente empleados, tales como las inyecciones de gelatina, cloruro de calcio, etc., etc.

Szenes, que ha continuado las experiencias de Stephan, ha observado que la irradiación excitante del bazo determina después de un retardo de la coagulación, una aceleración de ella, comparable á la que produce el calcio y que sufre todavía un aumento, si ade-



más de la irradiación se hace una inyección intravenosa de 40 c. c. de una solución de cloruro sódico al 10 por 100. Para el tratamiento de la hemofilia, Wöhlisch y Neuffer recomiendan irradiaciones excitantes del bazo, asociados en los casos graves, á los demás tratamientos conocidos.

Este efecto hemostático fué comprobado en multitud de observaciones citadas por Zweifel. Así, entre los cirujanos que han empleado el método de Stephan, figura Jurasz, quien lo ha empleado en hemorragias parenquimatosas postoperatorias, después de operaciones gástricas y estrictomías. En un caso de trepanación de cráneo por epilepsia jacksoniana con hemorragia parenquimatosa, se logró detener la hemorragia.

El mismo autor empleó con buen éxito la irradiación excitante del bazo profilácticamente, para evitar una hemorragia. Este resultado le obtuvo en operaciones sobre el estómago, intestino y cuerpo tiroideos y menciona especialmente un caso de hemofilia hereditaria. Se trataba de un enfermo de veintisiete años, que dos años antes había recibido un tiro en el maxilar inferior, á consecuencia de lo cual tuvo una hemorragia casi mortal y que padecía desde hacía cinco años una úlcera duodenal con hemorragias intestinales repetidas graves. Este enfermo no se había atrevido nadie á operarle á causa de la hemofilia, y Jurasz le operó con feliz resultado después de haber irradiado previamente el bazo.

También contra hemorragias nasales graves ha sido empleada esta irradiación, citando Klewitz un caso, en el cual, casi en unión con la irradiación del bazo, cesó la hemorragia.

Para completar la enumeración de casos en los que fué utilizada favorablemente esta irradiación de estímulo, mencionemos los resultados observados por Iselin y Wilms, los cuales han tratado con ella adenitis tuberculosas, obteniendo la eliminación de los ganglios á través de los trayectos fistulosos. Kantz vió igualmente expulsarse espontáneamente secuestros óseos después de la irradiación de focos osteomielíticos y Fränkel ha referido buenos resultados del tratamiento excitante de focos de fractura conminuta.

Esta irradiación de estímulo ha sido empleada también como tratamiento de algunas enfermedades del cabello; así Thedering (4) la ha utilizado para combatir la alopecia areata, enfermedad en la cual su empleo presenta ventajas, comparado con el de la lámpara de cuarzo. En efecto, cuando sólo se trata de una sola placa de alopecia, la técnica del tratamiento con la lámpara Kromayer es sumamente sencilla; basta, siguiendo el procedimiento de Bering, comprimir durante cinco minutos el sitio enfermo con el compresor de la lámpara, para que el tratamiento quede terminado.

Pero cuando existen muchos focos, el tratamiento lleva mucho tiempo, además de exigir cortar el cabello muy corto, lo que en algunos casos, tratándose de enfermas, es muy desagradable, exigiendo en ocasiones la irradiación de toda la cabeza una ó dos horas, y esto en las primeras irradiaciones, que cuando se llega á la 4.ª ó 5.ª irradiación, la producción de pigmento hace

alargar desmesuradamente la duración de cada aplicación, pues de cinco minutos que era al principio, hay que llegar á hacerlas de cuarenta á cincuenta minutos.

Además, la luz de la lámpara de cuarzo lleva á la curación al foco enfermo, pero no á la enfermedad que la produce, pues según Thedering, el fundamento de la alopecia areata es la seborrea, muy sensible á las radiaciones Roentgen.

La irradiación, que se hace con intervalos de ocho, catorce ó veinte días de distancia, requiere cuatro colocaciones del tubo Roentgen, dos en la línea media, equidistantes de los bordes anterior y posterior del cuero cabelludo, y dos en las regiones temporales, siendo la duración de cada sesión de uno á dos minutos y siendo suficiente dar una dosis de 2 X bajo 2 milímetros de filtro de aluminio cada dos semanas. Por término medio son suficientes tres á cinco irradiaciones.

El irradiar todo el cuero cabelludo es un punto altamente importante, pues la causa de muchas recidivas hay que buscarlas, según Thedering, en una irradiación puramente local, pues casi sin excepción al lado de la alopecia se halla desarrollada también una seborrea y no sin fundamento una parte de los investigadores aceptan para la seborrea y la alopecia el mismo agente productor parasitario (Sabouraud).

Cuanto á los resultados del tratamiento, el autor no recuerda haber tenido un fracaso en los últimos años y desde que trata al mismo tiempo la seborrea, ninguna recidiva, alcanzando el número de curaciones, por consiguiente, casi 100 por 100.

Recientemente, el mismo autor (5) vuelve á insistir sobre la importancia de las dosis Roentgen de estímulo, cuya acción estimulante del crecimiento puede demostrarse perfectamente en el cabello.

Si se irradia cabello algo enfermo seborreicamente, que crece con dificultad y con tendencia á la caída, dos veces cada mes, con una dosis Roentgen débil ( $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$  X = 1 miligramo Al, como filtro), tal irradiación parece quedar sin efecto durante los primeros meses.

Pero lentamente se modifica el cuadro. Poco á poco comienza á crecer cabello nuevo grueso, y al cabo de un año la cabeza está cubierta con mechones de cabello fuerte, sano y exuberante.

Completamente notable es el tono oscuro del cabello neoformado, además de que los cabellos son más densos y aumentan en grosor. El cabello irradiado por los rayos Roentgen es grueso, denso y oscuro.

Como dice Thedering, evidentemente actúa la irradiación Roentgen inmediatamente estimulando el crecimiento sobre la papila; pero seguramente juega al lado de esto el pigmento, el papel de un receptor de rayos y transportador de energía.

Las referidas acciones, como tantas otras que irán siendo poco á poco conocidas, una vez que la investigación y experimentación actual van por este camino, son una confirmación de la conocida ley fundamental biológica de Rudolf Arrdt: «Pequeños estímulos avivan la actividad vital, medio intensos la aceleran, intensos la paralizan y muy intensos la hacen cesar.» Todo el secreto de estas acciones estimulantes está en



conservarse dentro de los límites de los primeros, no dando más cantidades que las indispensables para desarrollar las acciones beneficiosas que son capaces de provocar y haciendo uso de una técnica matemática, que ponga á cubierto del más pequeño error, único modo de evitar fracasos que de otro modo se seguirían inevitablemente.

#### Bibliografía.

1. SEITZ: «*Locale oder allgemeine Wirkung der Röntgenstrahlen?*». *Strahlentherapie*, tomo XV, cuaderno 4.º, página 436-443.
2. ZWEIFEL: «*Über die Reizbestrahlung in der Gynäkologie*». *Strahlentherapie*, tomo XVI, cuaderno 5.º, página 712-721.
3. GARCÍA DONATO: «*Tratamiento Roentgen en los estados hemorrágicos*». *EL SIGLO MÉDICO*, núm. 3.629, 30 Junio 1923, pág. 621-627.
4. THEDERING: «*Über die Verwendbarkeit der Roentgen-Reizdosis bei Haarkrankheiten*». *Strahlentherapie*, tomo XIV, cuaderno 1.º, 25 Agosto 1922, pág. 149-155.
- 5.º THEDERING: «*Begriff und Bedeutung der Röntgen-Reizdosis bei Hautbestrahlungen*». *Strahlentherapie*, tomo XVI, cuaderno 5.º, pág. 721-727.

Julio 1924.

### CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA FIEBRE DE MALTA (1)

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

1.ª Fiebre intensa de principio brusco, con escalofríos violentos y diversas localizaciones viscerales (Fornos). Ya hemos dicho anteriormente que esta forma es poco frecuente en la práctica, hasta el punto que nosotros en cerca de 200 casos no la hemos visto nunca.

2.ª De principio insidioso, que suele pasar desapercibido para el enfermo, el cual, á medida que la enfermedad va avanzando, se va dando cuenta de que no tiene apetito, se cansa con facilidad, suda mucho, adelgaza y palidece. La fiebre se instala lenta é insidiosamente, y permanece casi siempre entre 37.5 y 38.5. Es relativamente raro, como hemos dicho antes, que suba de 39º, siendo en todos los casos bien tolerada por el enfermo. En esta segunda modalidad se presentan corrientemente las diversas algias ya descritas.

3.ª Y, por último, se presentan con harta frecuencia al médico enfermos que no tienen fiebre en el momento que los examinamos y que nos dicen que no la han tenido antes tampoco. Generalmente acuden al médico para que le cure la debilidad, la astenia, la inapetencia ó los dolores. Esta categoría de enfermos con Malta *ambulatoria* son los más difíciles de diagnosticar, pues el médico no encuentra ni por el reconocimiento ni por el interrogatorio datos en qué basar su diagnóstico. Nosotros los médicos que ejercemos en sitios de epidemia, diagnosticamos muchas veces estos enfermos por exclusión y por analogía con otros muchos

que hemos visto. Muchas veces es el laboratorio quien tiene que resolver el problema.

**Pronóstico.**—En general, benigno; pero varía mucho, según la enfermedad haya evolucionado por sí sola, ó la hayamos tratado por procedimientos farmacológicos, sueros ó vacunas. Por nuestra parte podemos afirmar que durante los ocho meses que tratamos enfermos de Malta de una manera sintomática, fallecieron cuatro entre un total de 24 enfermos, lo cual da un 16,6 por 100 de mortalidad, curándose los demás en periodos de tiempo variables entre cuatro meses y tres años. Mientras que, desde que conocida la enfermedad comenzamos á tratarla por vacunas, fallecieron cuatro entre un total de 150 enfermos, lo cual da una proporción del 2,66 por 100 de mortalidad, curándose los demás en periodos de tiempo variables. Esto, claro está, no hay que tomarlo de una manera absoluta, pues, como diremos más adelante, hay casos rebeldes á la vacunoterapia que curan en muchos meses.

El adjunto cuadro aclarará estos conceptos:

	Número de enfermos.	Tanto por 100
Muertos.....	4	16,6
Curados entre dos y cuatro meses.....	6	25
Idem entre cuatro y seis meses.....	7	29,16
Idem entre seis meses y un año.....	4	16,66
Idem entre uno y dos años.....	2	8,25
Idem entre dos y tres años.....	1	4,16
Total de enfermos no vacunados....	24	

**Diagnóstico.**—Se ha exagerado mucho sobre las dificultades que ofrece el diagnóstico de la melitococia. Es frecuente oír decir á los profesionales que el problema que nos ocupa es imposible de resolver clínicamente, habiendo necesidad en todos los casos de recurrir al laboratorio. Esto constituye una exageración, pues si bien es cierto que en los primeros días no es fácil sospechar la enfermedad, ocurre con frecuencia que el médico es llamado á la segunda ó tercera semana y aun más tarde, dado lo poco alarmante de los primeros síntomas, encontrándose entonces el clínico con un cuadro casi siempre típico. Hay que tener también en cuenta que las dificultades con que tropieza el médico son muy distintas, según se ejerza en sitios de epidemia ó en sitios donde sólo se da algún caso esporádico.

Para hacer un diagnóstico de fiebre de Malta, lo primero que hay que hacer es *pensar en ella*. Digo esto porque es muy frecuente que el médico piense en cualquier enfermedad menos en ésta, debido, como decíamos al principio, á la creencia de que abunda poco esta enfermedad en España. Sólo cuando se han ido descartando la media docena de enfermedades con las que se puede confundir, se piensa en la posibilidad de que sea Malta y se acude á un laboratorio para que resuelva el problema. Modernamente existe la tendencia de supeditar la clínica al laboratorio, no sólo en la enfermedad que nos ocupa, sino en otras muchas, hasta el punto que, si no se pone remedio al mal, en día no lejano, el médico será un simple sacador de sangre. Esto será muy cómodo, pero dice muy poco en favor del profesional. El laboratorio debe seguir siendo el precioso auxiliar de la clínica, pero nunca su sustituto. ¿Quiere esto decir que negamos eficacia al laboratorio? De ninguna manera. Y prueba de ello es que nosotros contamos con un laboratorio y á él acudimos á diario en busca de datos que nos orienten ó nos confirmen en los diagnósticos clínicos.

Es más, si cuestiones de índole económica generalmente,

(1) Véase el número anterior.



no se opusieran á ello, lo práctico sería hacer análisis en todos los casos. Pero como ello no es posible, es preciso que el médico se habitúe á conocer la enfermedad por sólo los datos clínicos y recurrir al laboratorio en los casos de evolución atípica. ¿Se le ocurre á ningún médico mandar hacer un análisis de esputos en casos de pulmonía que se presenta con escalofríos, 40°, dolor de costado, matidez, esputos herrumbrosos, etc.? Pues bien, la fiebre de Malta, según hemos tratado de demostrar, tiene su cuadro clínico si no tan claro como el de pulmonía, por lo menos lo suficientemente preciso para permitirnos diagnosticar clínicamente en el 80 por 100 de los casos.

Las enfermedades que se pueden confundir con la Malta son varias.

Entre las *febriles* tenemos las del grupo Eberth, paratífus y además gripe, tuberculosis, reumatismo articular agudo y paludismo, y entre las *poco ó nada febriles*, ciática, orquitis, lumbago, torticólis, etc.

La paratífus son muy poco frecuentes en la práctica; así es que sólo el proceso eberthiano nos interesa. Para el que ha visto casos de ambas enfermedades casi no cabe la duda. En efecto: en la fiebre tifoidea resalta inmediatamente la postración, el aspecto atontado, la sequedad de la boca, lengua saburrosa, timpanismo, gorgoteo en fosa ilíaca derecha, pulso lento, marcha típica de la fiebre, manchas rosadas, cefalea intensa, etc. Por el contrario, en la melitococia llama la atención desde el primer momento, el aspecto despejado y lúcido del enfermo, la ausencia casi constante de cefalea, la lengua húmeda y roja, la ausencia de timpanismo y gorgoteo, la marcha loca sin regla de la fiebre y *sobre todo* lo bien tolerada que es ésta, la frecuencia del pulso siempre en relación con la temperatura y, por último, la presencia casi constante de dolores. Claro está, que las cosas no suceden siempre tal y como las hemos descrito, pues en Medicina sabemos que nunca podemos hacer afirmaciones categóricas. Prueba de ello es un caso que describe el Dr. Partearroyo en un artículo publicado en EL SIGLO MÉDICO. En ese enfermo, el comienzo de la fiebre fué lento y poco á poco fué ascendiendo hasta alcanzar los 41° y ello acompañado de estado tífico, pulso lento, diarrea y hasta roséola. Casos parecidos describen también Fornos y Hugues. Por nuestra parte, solamente en cinco ó seis casos hemos dudado entre tifoidea y Malta. Uno de los casos fué casi análogo al descrito por Partearroyo; únicamente difería por la falta de cefalea, ausencia de roséola y sobre todo por la presencia de *dolores* en los músculos del cuello y en el ciático que aparecieron algo más tarde, cuando ya el Laboratorio nos había dado una aglutinación con melitensis al 1 por 350.

Vemos, pues, que aun cuando no de una manera absoluta, hay datos más que suficientes para hacer el diagnóstico diferencial. Entre los médicos de la región es cosa corriente decir «Fiebre y dolores que no se pueden referir á reumatismo agudo, ó procesos supurativos en el 98 por 100 de los casos Malta».

Con el *reumatismo articular agudo* no cabe confusión á mi juicio, puesto que éste suele empezar de una manera brusca con escalofrío violento seguido de fiebre de cuarenta ó más grados, angina, cara roja y vultuosa, mirada brillante. Los dolores se localizan en las grandes articulaciones que están tumefactas, rojas y dolorosas, aumentando el dolor por la presión. Por otra parte, como tiene su medicamento específico, no hay más que dar dosis suficientes de salicilato para ver atenuarse ó desaparecer los dolores y la fiebre.

En cambio en la fiebre de Malta, los dolores se presentan con menos frecuencia en las grandes articulaciones,

siendo las localizaciones más frecuentes las que dijimos á propósito de los síntomas. El salicilato no quita ni atenúa estos dolores. El principio de la *gripe* es brusco, hay cefalea intensa, tos, quebrantamiento general y sensación de paliza ó trancazo. Estos síntomas no pueden confundirse con los dolores localizados de la melitococia. En la infección gripal aun cuando la fiebre no sea muy elevada, el enfermo está postrado, mientras que ya hemos dicho anteriormente, el enfermo de Malta *no siente su fiebre*.

Respecto al *paludismo* poco hemos de decir. Es imposible de confundir la Malta con la terciana ó cuartana típica. Algunas formas de cotidiana y subcontinua debidas al *laverania malarie*, tienen un remoto parecido con la fiebre de Malta, pero en cuanto nos fijemos en el color del enfermo, gran hipertrofia de bazo é hígado y anemia, descartaremos fácilmente esta enfermedad. Aparte, claro está, que un análisis de sangre periférica ó pulpa esplénica, mostrándonos las medias lunas, nos sacará en seguida de dudas.

La *tuberculosis* se confunde á veces con la fiebre de Malta y el diagnóstico diferencial es difícil en algunos casos.

Puede suceder que un tuberculoso contraiga la fiebre de Malta, pero es mucho más corriente el caso contrario, es decir, que un enfermo de fiebre de Malta se haga tuberculoso. El bacilo de Koch encuentra campo abonado en un organismo debilitado por la dieta, la fiebre y los profusos sudores. El diagnóstico diferencial con las diversas formas de tuberculosis, es muy delicado en ciertos casos. Ha de basarse en los antecedentes del enfermo y en todos los datos que podamos recoger por la exploración detenida, auscultación, radiografía, análisis de sangre y esputos y por último la cuti é intradermorreacción. En la tifo bacilosis llama la atención la taquicardia intensa aun sin fiebre, la disnea y polinucleosis. La granulia cuando hay focos en pulmón, es fácil de conocer, de otra forma es casi imposible. Respecto á la tuberculosis pulmonar el diagnóstico es fácil. Hemos hablado de cuti é intradermorreacción como procedimiento útil de diagnóstico, según la mayoría de los autores, pero el tantas veces citado Dr. Partearroyo hace notar que se le ha dado á este procedimiento demasiado valor, sobre todo si tenemos en cuenta que las formas agudas de tuberculosis dan resultado negativo y que el 96 por 100 de los adultos damos reacción positiva en tanto no padecemos una infección aguda, pues en este caso, la reacción se hace negativa.

La *sífilis* es raro que pueda confundirse con la melitococia. Nosotros sólo recordamos un caso de un hombre de veintinueve años que desde hacía dos meses tenía fiebre que oscilaba entre 37°,5 por la mañana y 38°,2 por la tarde, dolores fuertísimos de cabeza, dolorimiento general, inapetencia, adelgazamiento, palidez, etc. Como quiera que le vimos en una época de fuerte epidemia melitocócica creímos que se pudiera tratar de esta enfermedad teniendo en cuenta sobre todo la fiebre. Ahora bien, el enfermo, persona culta, me indicó la sospecha que tenía de que pudiera tratarse de lues. Se hizo un Wassermann que resultó fuertemente positivo en tanto que la aglutinación con melitensis resultó negativo.

La *orquitis* melitocócica tiene caracteres suficientes para distinguirla de la blenorragica. (Ya lo expusimos al tratar de los síntomas).

La *ciática*, *torticólis*, *lumbago*, etc., son fácilmente eliminables por la ausencia casi constante de fiebre y demás síntomas que hemos dicho. Según Rodríguez Fornos, cabe confundir este proceso con otros del sistema nervioso central. Para Durán de Cotes algunas afecciones del hígado se prestarían á confusión, é igualmente otros autores citan con el mismo objeto las endocarditis de forma prolongada. Estas



confusiones caben, si para hacer el diagnóstico, nos basamos en un sólo síntoma. Ahora bien, si tenemos en cuenta la totalidad del cuadro clínico, la melitococia se distingue fácilmente de las enfermedades que por algún detalle se le parecen. Sin embargo, hay casos en que el diagnóstico clínico es imposible, so pena de esperar mucho tiempo. En estos casos debemos acudir al laboratorio que seguramente nos resolverá la duda.

#### DIAGNÓSTICO BACTERIOLÓGICO

**Análisis de sangre.**—Por el análisis de sangre, nos proponemos dos cosas. O hallar el germen, y una vez hallado identificarlo, ó buscar en el suero del enfermo las diversas reacciones de inmunidad.

La sangre debe extraerse por punción aséptica de la vena de la flexura del codo. Son necesarios de 10 á 15 c. c. de sangre.

El hemocultivo se hace cuando la temperatura del enfermo es alta, cuanto más alta mejor, teniendo en cuenta que el número de gérmenes en sangre está en relación directa con la temperatura, y que por debajo de 38° nadie ha podido hallar el germen. Por tanto, el hemocultivo lo hacemos en las primeras fases de la enfermedad ó cuando en alguna recaída la fiebre sube mucho.

Para hacer el hemocultivo sembramos de 5 á 10 c. c. (más sangre cuanto más baja es la fiebre) en 250 c. c. de caldo glucosado que es el medio en que mejor se desarrolla el micrococo, y se lleva á la estufa á 37° después de haberlo agitado bien. Es conveniente hacer paralelamente otra siembra en bilis por si se tratase de gérmenes del grupo Eberth.

Cuando la siembra ha sido positiva se nota hacia el tercero ó cuarto día un ligero enturbiamiento del caldo. Entonces sembramos una ó dos asas de este caldo en placa de Petri al agar glucosado, extendiendo el cultivo con la espátula de Drigalski ó también acostumbramos á sembrar en un tubo al agar glucosado. Las colonias aparecen á los tres días y son pequeñas, transparentes, muy juntas las unas á las otras. Una vez obtenidas las colonias, procedemos á identificarlas, para lo cual empezamos por hacer una gota pendiente y debemos hallar cocos inmóviles aunque animados de movimiento browniano. Acto seguido hacemos un Gram que debe resultar negativo; en esta misma preparación ó en otra con tinción simple vemos la forma de agruparse, tamaño, etc. Lo presenta en forma de cocos ligeramente alargados, aislados ó en diplococos ó cadenas. A continuación hacemos una aglutinación con un suero que sabemos aglutina y á qué título debe aglutinar. Estos sueros los preparan los grandes laboratorios, haciendo inoculaciones seriadas á un conejo de micrococos melitensis. Una vez obtenido el suero se ve hasta qué título aglutina á un melitensis bien caracterizado de antemano. El título lo llevan escrito en el tubo. Pues bien, si el microbio que hemos aislado es aglutinado por este suero, por lo menos á la mitad de su título, podemos asegurar que estamos ante el micrococo melitensis.

Con estas pruebas suele bastar para caracterizar el microbio y nosotros no acostumbramos á hacer más. Ciertos autores (Carbone, Durhan) preconizan la inyección de cultivos intraperitoneales é intracerebrales. Lo primero originaría una orquitis, lo segundo la muerte. Ahora bien, esto no es exclusivo de estos gérmenes, por lo que se usa poco. Sembrado el germen en leche tornasolada debe virar al rojo (tampoco sucede así siempre).

Por último, algunos autores (Pittaluga) preconizan la producción de un suero específico aglutinante antimelitensis en los animales inoculados con el material de las colonias. Esto es muy largo, por lo cual no se suele hacer en la práctica.

El germen se puede buscar también en la leche, heces, orina y por punción del bazo. Ninguno de estos procedimientos es práctico.

Otro método de diagnóstico de la fiebre de Malta, es el serodiagnóstico. Este es útil después de ocho ó diez días de enfermedad. Esta operación se hace con arreglo al procedimiento general, pero los detalles de técnica varían de unos á otros investigadores.

Nosotros la practicamos de la manera siguiente: Extraemos 5 c. c. de sangre, por punción aséptica de la vena de la flexura del brazo. Algunas veces en mujeres gruesas en las que el tejido adiposo oculta la vena ó en niños inquietos, en lugar de hacer la punción en la vena la practicamos en la yema de un dedo con una lanceta de vacunación ó con la aguja de Ries. Hecho esto llevamos la sangre al tubo de la centrífuga ó la recogemos directamente en dicho tubo y centrifugamos fuertemente. En caso de no tener centrífuga sangre recogida en otra localidad, dejamos sedimentar la sangre unas cuantas horas. Con una pipeta dividida en décimas de centímetro cúbico extraemos tres décimas y las echamos en un tubo completando hasta 3 c. c. con suero fisiológico, con lo cual tenemos una disolución del suero del enfermo al 1 por 10 y lo llamaremos A. Agitamos bien y de este tubo extraemos tres décimas que echamos en un segundo tubo, añadiendo como antes 2,7 c. c. de suero salino, con lo que tenemos 3 c. c. de disolución de suero al 1 por 100, y lo llamaremos B. Antes de seguir adelante hacemos una aglutinación de orientación para lo cual colocamos en un porta, una gota del suero y emulsionamos en ella un cuarto de asa de un cultivo en agar glucosado del microbio. A simple vista se ven los grumos en caso de aglutinar, y si no, se lleva al microscopio y se observa entre porta y cubre. Pues bien, una vez hechas las dos diluciones madres al 1 × 10 y al 1 × 100 de ellas nos valemos para preparar todas las que queramos. Generalmente hacemos diluciones al 1 × 10; 1 × 20; 1 × 50; 1 × 100; 1 × 200; 1 × 500, y 1 × 1.000; y ponemos dos testigos, uno de un suero de laboratorio que sabemos aglutina fuertemente al melitensis y otro de suero fisiológico, pudiendo colocar un tercero con suero de hombre normal, aun cuando éste último yo no suelo ponerlo por dificultades para obtenerlo.

Colocamos pues, diez tubos de los llamados de aglutinación en una gradilla y vamos echando disolución de suero del enfermo y completando con suero salino en la forma siguiente:

Tubo núm.			Suero fisiológico.	Suero al
1.	1 c. c. de A.	—	—	= 1 × 10
2.	0,5 — de —	+ 0,5 c. c.	—	= 1 × 20
3.	0,2 — de —	+ 0,8 —	—	= 1 × 50
4.	1 — de B.	—	—	= 1 × 100
5.	0,5 — de —	+ 0,5 —	—	= 1 × 200
6.	0,2 — de —	+ 0,8 —	—	= 1 × 500
7.	0,1 — de —	+ 0,9 —	—	= 1 × 1.000
8.		1 —	—	Testigo 1.º
9.	Suero seguramente aglutinado.....			Id. 2.º
10.	Suero de hombre normal....			Id. 3.º

De esta forma tenemos en todos los tubos 1 c. c. de líquido. Ahora emulsionamos en cada tubo un asa de un cultivo en agar glucosado de cinco á seis días y llevamos la gradilla á la estufa y la tenemos allí dos ó tres horas. A veces los resultados se ven mejor á las veinticuatro horas.

En épocas que se hacen pocos análisis no se suele tener á toda hora dispuestos tubos de cultivos frescos, y en ese



caso nos valemos de las emulsiones microbianas muertas por el formol. Estas emulsiones las preparan en los buenos laboratorios y suelen durar unos tres meses. Cuando se emplean estas emulsiones hay que modificar un poco la técnica descrita en el sentido de que los tubos se completan con el suero fisiológico hasta  $\frac{1}{2}$  c. c. en lugar de uno y el medio centímetro cúbico que falta se completa con  $\frac{1}{2}$  c. c. de la emulsión microbiana, pero hay que tener en cuenta que con gérmenes muertos, la aglutinación suele ser más baja. Paralelamente a la aglutinación con el micrococus melitensis, hacemos también aglutinaciones con Eberth y paratífus A y B.

No somos partidarios de ciertos estuches que para aglutinaciones abreviadas expenden algunas casas. Estas cosas hay que hacerlas muy bien ó no hacerlas.

Una vez que han transcurrido las dos horas, vemos el resultado. Se necesita un poco de práctica para interpretar bien lo que se ve. Para ello cogemos el tubo, lo agitamos bien y lo colocamos en alto sobre nuestra cabeza de modo que nos sirva de fondo lo oscuro del tubo. La luz debe dar de frente y para ello nos colocamos frente a una ventana. En los tubos que hay aglutinación, se notan unos grumos tanto más gruesos cuanto más fuerte sea la aglutinación. Si se tiene duda sobre si está ó no aglutinado un tubo, nos valemos de una lente de poco aumento. Yo empleo corrientemente el ocular del microscopio. Si aun así persiste la duda, se mira al mismo tiempo comparándolo con el testigo.

Supongamos que hemos llegado á dos tubos, el de la dilución al  $1 \times 200$  en que todavía aglutina y el  $1 \times 500$  en que ya no hay aglutinación. En ese caso, si queremos mayor exactitud, preparamos otra serie intermedia á partir del  $1 \times 250$  y llegamos preparando tubos al  $1 \times 300$ ;  $1 \times 350$ ;  $1 \times 400$  y  $1 \times 450$ , y en ellos vemos hasta qué título aglutina. Ordinariamente esto no se hace más que á título de curiosidad ó cuando la aglutinación anda entre límites muy bajos.

Para la interpretación de los resultados tenemos que tener en cuenta varias cosas:

1.ª Que la aglutinación da resultado positivo en el 85 á 90 por 100 de los casos de infección.

2.ª Que las aglutininas aparecen en la sangre muy pronto, á los seis ó siete días.

3.ª Que para dar valor á una aglutinación, debe ser superior al  $1 \times 50$ .

4.ª Que lo corriente, es que la aglutinación con suero de enfermo sea superior al  $1 \times 50$ . Nosotros, por nuestra parte, hemos hallado casi siempre títulos superiores al  $1 \times 150$ , sin pasar del  $1 \times 400$ , y lo mismo ha ocurrido en los análisis que de enfermos nuestros ha hecho el Dr. Peset, de Valencia. A pesar de ello, autores de gran valía, como Pitaluga, dicen haber hallado aglutinaciones superiores al  $1 \times 1.000$ .

5.ª Que prácticamente debe considerarse como sospechoso todo suero que aglutine á títulos comprendidos entre  $1 \times 20$  y el  $1 \times 50$  y resueltamente específicos los que pasan de esta cifra.

6.ª Que para dar valor á la aglutinación, es preciso que de los tres testigos, esté aglutinado uno, el del suero que sabemos es aglutinante, y no estén aglutinados el de suero salino y el de suero hombre normal. Según Durán de Cottés, se le debe dar valor á aglutinaciones del  $1 \times 20$ .

7.ª Que algunas veces, será conveniente hacer aglutinaciones con paramelitensis de Raynand y Negré.

8.ª Que hay que tener en cuenta que el micrococus melitensis puede ser aglutinado por sueros de tuberculosos, tifoideos, kala-azar y, sobre todo, tífus exantemático hasta

el punto de que se ha querido fundamentar un método de diagnóstico del tífus exantemático basándose en esta propiedad. Según Raynand, esto obedece á la presencia de *aglutininas no específicas* que se harían desaparecer calentando previamente el suero á  $56^\circ$ . Otra causa de error sería, según Manceaux, que ciertos sueros normales aglutinan al melitensis.

Hay que tener en cuenta, que cuando es el mismo médico el que observa la marcha clínica de la enfermedad y el que hace los análisis, dará valor positivo á aglutinaciones á título bajo, cosa que no puede hacer el médico que se atiene solamente á los resultados de la aglutinación. Es decir, que esa aglutinación á título bajo, es para el médico de cabecera un eslabón más en la cadena de los síntomas que ha ido recogiendo. Todo esto, claro está, cuando las aglutinaciones hechas paralelamente con Eberth y paratífus A y B, no aportan ningún dato en contra.

(Concluirá.)

## REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 29 DE MARZO DE 1924

### Quistes hidatídicos.

El Dr. HERNANDO dice que dada la imagen radiográfica y el curso del proceso del caso clínico con eosinofilia del Dr. Codina, no cabe duda de que se trata de un quiste hidatídico. Esto no es absoluto, pues ha visto quistes que han evolucionado distintamente, con dolores, etc., uno de ellos hepático supurado. Los hay de cara superior de hígado que pueden simular un cólico hepático, pero no es corriente.

La eosinofilia no puede ser base de un diagnóstico, y el serodiagnóstico y la intradermo sólo tienen valor al ser positivos. Respecto á la localización, el asunto es un poco más difícil, habiendo algunas dudas sobre si es hepático ó pulmonar. Por la radiografía presentada por el Dr. Codina, en la actualidad está en el pulmón, y se funda en que no es admisible que un quiste de cara superior hepática dé una imagen circular, pues sería necesario que el diafragma se adaptara al quiste como el forro de una pelota á ésta, y aquél no tiene condición para ello. (Proyecta un par de radiografías de quistes de cara superior hepática.) En ellas se ve la curva del diafragma, de mucho mayor radio, y es una circular irregular, no perfecta. Si el quiste estuviera debajo del diafragma y lo empujara hacia arriba, no hubiera dado la curva perfecta del caso del Dr. Codina. Además, en éste hay dos lengüetas de pulmón, que penetran por los lados; el quiste estaba inmóvil, y si fuera de hígado se verían descender las partes laterales de la sombra en la inspiración, dato que se utiliza para el diagnóstico diferencial de las sombras supra é infradiafragmáticas. Estas razones le hacen pensar en que actualmente se encuentra el quiste alojado en tejido pulmonar, y cuyo origen ha podido ó no ser hepático.

Respecto á lo dicho, si los quistes hidatídicos son más claros en el centro que en la periferia, no está conforme, es todo lo contrario. La sombra del quiste se debe á la membrana hidatídica, al líquido que contiene, y á la reacción fibrosa, á veces calcárea, que provoca en el tejido pulmonar. Esa sombra se encuentra más reforzada en el centro que en la periferia, sea como sea el contenido y sea como sea la membrana y la reacción del tejido pulmonar. Sólo en los quistes vaciados se da la sombra anular porque queda solo la parte reaccional y fibrosa del tejido pulmonar y se



ve la sombra en anillo, como podía apreciarse en una radiografía que luego proyectará.

Se hace cargo de la observación del Dr. Crespo respecto al neumotórax, cuya intervención deberá hacerse por vía transpleural.

(Proyecta una radiografía de un quiste de pulmón en el que se ve la sombra, que es una circunferencia perfecta que se continúa con escápula, corazón, etc., pero en donde está libre se ve la circunferencia. A continuación proyecta otra radiografía de quiste de cara convexa de hígado, y se ve que el borde es también circular, pero de mucho mayor radio y muy irregular, y otra de imagen en forma de anillo, de centro más claro, cuando el quiste se vacía.)

En resumen, contestando a las preguntas del Dr. Codina, dice que se trata de un quiste hidatídico, que en el principio pudo ser de diafragma, de cara superior de hígado ó de pulmón mismo, pero que en la actualidad, su sombra es clara de quiste de pulmón.

El Dr. CODINA dice que, en concreto, contestando a sus preguntas, el que más estrictamente se ha ocupado del asunto es el Dr. Hernando, sin que esto signifique no agradecer la intervención de los demás señores académicos sobre los quistes en general, y sobre la diferenciación de su localización.

El primero en la discusión fué el Dr. Carro, cuyo diagnóstico no pudo ser más categórico, de un quiste hidatídico de hígado.

(Proyecta de nuevo su radiografía para ver la diferencia que tiene con las proyectadas por el Dr. Hernando para demostrar que el quiste no era infradiafragmático.)

Al propio tiempo dice que en sus investigaciones radioscópicas ha visto que el diafragma, tanto en el plano anterior como en el posterior, como en los laterales, se mueve; la línea diafragmática se mueve por fuera del quiste; pero éste no tiene la inmovilidad absoluta de los quistes pulmonares, hasta tal punto, que obligando a la enferma á grandes inspiraciones sostenidas, el diafragma se pliega hacia abajo, descendiendo, se borran los surcos costodiafragmáticos, y la sombra redonda del quiste descendiendo algo y parece que disminuye un poco de volumen. ¿Cómo se explica esto? No he podido ver por ninguno de los tres planos antedichos la parte inferior de esa circunferencia, ni aun con las referidas inspiraciones profundas, que sólo ha dejado ver más precisados los límites. Parece, pues, que el quiste está en la base del pulmón, ó prolongado por encima del diafragma. De no ser el quiste primitivamente pulmonar, sólo cabría que siendo de origen hepático, de debajo del hemidiafragma derecho, lo perforase, y se desarrollase después por encima, y de ser así provocaría adherencias pleurales, pasando á través de ella, y dando el quiste la forma de reloj de arena. Pero el no tener la enferma aumentada la zona de macidez hepática, no encontrándose el hígado agrandado ni aumentado, el no haber tenido nada en todo el curso de su proceso, ni hepático ni pulmonar, le parecen bastantes razones para pensar que el quiste no ha sido primitivamente infradiafragmático, pasando después al pulmón y dando la forma radiográfica que se ha visto. En su consecuencia, queda demostrado que era un quiste hidatídico pulmonar, que tal vez por su asiento en la misma base de pulmón dió una pleuritis seca adherida, que ha hecho que vayan totalmente unidas las sombras de hígado, de diafragma, de pleuritis y de quiste, por lo cual no se ve la parte inferior de la circunferencia de ese quiste intrapulmonar.

Haciéndose cargo de lo que expuso el Dr. Goyanes, dice que éste se inclina á pensar en quiste hidatídico, y

respecto á tratamiento, á la intervención operatoria. En lo referente al primer punto queda contestado con lo dicho por el Dr. Hernando al hablar de los límites de la sombra para diagnosticar que se trataba de un quiste de pulmón, y añade, que en toda radiografía de quiste no abierto, si hay alguna diferencia, es que los bordes son más claros que el centro.

El Dr. GOYANES interrumpe diciendo que un quiste de agua de roca tiene una transparencia muy superior á la del tejido pulmonar de alrededor, sobre todo si es de algún tiempo, y por tanto, lo que da la opacidad son las alteraciones de la densidad del contenido quístico, que hacen que la transparencia á los rayos X varíe, es decir, que si el quiste ha supurado, tiene una densidad superior á la del agua de roca, y, por consiguiente, á la de las partes blandas del organismo. En el hígado, la densidad de un quiste no supurado es menor que la del tejido ambiente; ese cambio, en el pulmón, la membrana periférica de condensación produce una sombra más oscura, y los Dres. Hernando y Codina, dice, habrán visto en radiografías que la transparencia es mayor en el centro que en la periferia; y ha de tener en cuenta el Dr. Codina, añade, que la densidad no la da el contenido, sino el continente, la membrana fibrosa.

El Dr. CODINA continúa diciendo que ¿quién va á negar que la sangre, que el pus, tienen más opacidad que el agua de roca? Respecto á lo expuesto por el Dr. Pittaluga sobre el valor de la eosinofilia, la reacción de Weinberg, y la intradermorreacción, cree como todos, estar conforme en que la positividad es algo que inclina, un medio más hacia el diagnóstico, pero la negatividad no dice nada.

Y contestando al Dr. Goyanes que aconseja la operación, á pesar de los medios con que cuenta para evitar toda complicación, dice que no se atreve por el momento aconsejar á una persona, que al parecer está bien, sea intervenida quirúrgicamente.

El Dr. HERNANDO insiste en que los quistes hidatídicos sólo dan imagen anular cuando están vacíos, ¡precisamente por las mismas razones que daba el Dr. Goyanes, pero teniendo en cuenta que esos son esferas y no un aro. Tomando como ejemplo una naranja, dice: suponed que la corteza es la membrana reactiva de pulmón. Por el centro es doble y hay un punto en la periferia, que si ella fuera una esfera perfecta sería sólo un punto que no daría ninguna sombra, mientras que en el centro daría la más intensa. Sólo los quistes vaciados son los que dan la imagen en aro. Si no, se confundiría el quiste con una caverna tuberculosa, esas cavernas pulmonares en las que se ve la forma en aro, que sólo se presenta en los quistes vaciados por vómica; pero ni en los llenos de agua de roca, ni supurados, ni hemáticos, ni con degeneración calcárea, se deja de presentar una sombra de densidad superior á la de pulmón, más marcada en los casos de degeneración fibrosa, calcárea, en los quistes supurados, hemáticos, que en los de agua de roca, si bien más intensos en el centro que en la periferia.

El Dr. CRESPO dirige una pregunta al Dr. Goyanes respecto á la opinión que ha expresado de que la sombra de los quistes hidatídicos no supurados se debe más á las paredes del quiste que al contenido. Y añade: esa sombra, una vez que el quiste se abre, desaparece, y como las paredes del quiste siguen siendo las mismas que antes, lo natural es pensar que la sombra era debida á lo que realmente ha desaparecido, á lo que había dentro del quiste.

El Dr. GOYANES contesta que se ratifica en lo dicho en sesiones anteriores: que la densidad del contenido del quiste es aproximadamente á la de las partes blandas del orga-



nismo, y en cambio, el tejido pulmonar lindante con el quiste, produce una sombra periférica, porque como no se trata de una esfera perfecta, la proyección anteroposterior de ese tejido esclerosado es más densa en los bordes que en el centro. Y aun siendo matemática, si tiene espesor, hay que considerar que los rayos X no son paralelos, sino cónicos, y la tangente de un cono con una esfera, es siempre de más espesor que una secante, ya que en el centro se tienen dos paredes escueltas, atravesadas perpendicularmente, y en la periferia son atravesadas oblicuamente. Esto da aquí una densidad, un espesor material superior al del centro. Hay que advertir que el tejido hepático es superior en densidad al quiste, y el del pulmón, inferior por la gran cantidad de aire, y, por lo tanto, no tiene nada de particular que se presenten algunos quistes cuya sombra se parezca a la de una caverna, y de aquí la dificultad del diagnóstico diferencial de una caverna y de un quiste. Claro, que si ésta hallase llena de aire, la densidad central es menor que la periférica, pero hay una zona especial sin densidad, porque las paredes anterior y posterior han desaparecido, habiendo en cambio una capa de aire, y de ahí ese doble contorno que dan las cavernas y los quistes vaciados. En un quiste lleno de agua de roca, si hay algo de espesamiento fibroso alrededor, puede presentarse esa imagen, porque la densidad periférica es mayor que la central. Además, esa demostración matemática tampoco tiene en realidad razón de ser, ya que se trata de una cosa material, y es indudable que en el centro los rayos X sólo atravesarán perpendicularmente la pared, y en cambio, en los extremos, como siguen una dirección cónica, la atravesarán oblicuamente, como si el espesor fuera mayor.

El Dr. PITTALUGA interviene de nuevo para ampliar alguno de los conceptos manifestados anteriormente. Cree que la prolongación de la discusión depende en primer término de que se comparan valores distintos; se habla de quistes en general y no en particular. En segundo lugar se olvida de que se trata de tres factores, no de dos; los que han sido hasta ahora discutidos son la pared adventicia y el contenido quístico, y hay un tercer factor desde el punto de vista óptico de la imagen radiográfica que interviene notablemente en la apreciación subjetiva de la imagen, que es la permeabilidad del tejido del parénquima pulmonar; éste influye en la apreciación diferencial de la imagen de la pared y del contenido, porque el ojo establece una comparación instintiva, y si la permeabilidad a los rayos X del contenido es casi igual, un poco mayor que la de la pared, como ocurre en la inmensa mayoría de los casos, la diferencia suele ser pequeña, y, por lo tanto, la difusión de la imagen en los bordes, que existe en muchos quistes, es apenas apreciable. A su vez, la diferencia de densidad y permeabilidad es en ocasiones tan pequeña, y además, la difusión de tal modo, que todo se funde en una imagen única, que resalta sobre la misma permeabilidad del parénquima pulmonar en los casos de quiste de pulmón.

Habla de otro factor, también muy importante, cual es la membrana proliferante, que en la mayoría de los quistes intervienen en la formación de los factores bioquímicos moleculares que dan mayor ó menor permeabilidad a los rayos X. En los quistes no supurados, no hemáticos, en el contorno puede haber, sin embargo, una gran proliferación del parásito escollex, constituyendo, muy cerca de la membrana proliferante, una especie de propagación de mayor densidad de membranas al centro, lo cual contribuye a la disminución de la sombra periférica, fundiéndola con la central, que á veces aparece más pálida, pero en término poco apreciable.

El Dr. Pittaluga aprovecha un momento para hablar acerca del modo de penetración y fijación del parásito en el hombre, y dice que el profesor francés Devé, en un trabajo reciente, hace una crítica un poco excesiva de uno de los ilustres cirujanos de la Facultad de Medicina de Zaragoza, que en una Conferencia dada el 1923 en Munich, emitió la hipótesis de que los quistes hidatídicos no se adquieren solamente por la contaminación que deriva de la convivencia con perros, sino que podían ser procedentes del ganado, especialmente el ovino, que es en realidad el huésped natural intermediario de los *terriéquinos*; y que bien por pequeñas erosiones en la piel del hombre ó bien por emplearse estas carnes en la alimentación, podía penetrar en él dando el quiste. Dicho autor francés hace una crítica dura de esta hipótesis ó insiste en demostrar que este camino de implantación es en realidad imposible, experimentalmente no se da, porque las vesículas hijas ingeridas, son digeridas por los jugos digestivos de los herbívoros, en general de los omnívoros, del hombre por lo tanto. El Dr. Blanc Fortacin, en un artículo publicado en el último número de la *Revista de Cirugía*, refiere un caso de quiste hidatídico de la axila, desarrollado en el contorno, en las inmediaciones del paquete vascular, y pregunta qué vía de penetración se había seguido, á lo que él mismo se contesta con una hipótesis de contaminación por heridas, por lesiones incluso superficiales de la piel, por pequeñas erosiones, en virtud de las cuales penetran los embriones, procedentes también, dice el Dr. Fortacin, de restos ó despojos de animales, principalmente ovinos; y añade el doctor Pittaluga que todo eso no es más que una hipótesis sin fundamento.

En efecto; sólo se tienen dos bases sobre qué apoyarse para razonar acerca de los fenómenos biológicos, y son los argumentos de analogía y de experimentación; los primeros recuerdan el proceso seguido en casos parecidos, y los otros son los que taxativamente demuestran los hechos. Ni unos ni otros son favorables á esa hipótesis, y en cambio, experimentalmente se demuestra de modo rotundo cuál es el camino de propagación de los quistes, que es el de la vena porta. Los embriones, en gran número casi siempre, penetran en el tubo digestivo; llegan á la mucosa del duodeno, aún dotados de movimientos activos; penetran á través de la mucosa en la submucosa, y por los capilares raíces de la porta penetran en el sistema de ésta, llegando al hígado. Solamente aquí es donde encuentran el primer parénquima favorable, y por eso las estadísticas dan un 65 ó 70 por 100 de los quistes hidatídicos de fijación hepática, siendo aquella la razón anatomofisiológica de esa predilección. Algunos embriones van más allá de ese parénquima, y por una suprahepática penetran en la vena cava y llegan al corazón derecho; van á la circulación pulmonar, y por eso del 30 por 100 que resta, un 25 se queda en el pulmón y un 5 que supera todavía ese parénquima, volviendo por la circulación venosa del pulmón al corazón, al ventrículo izquierdo, son lanzados á la circulación general, constituyendo algo que se demuestra experimentalmente, que es la granulía hidatídica, es decir, una gran diseminación de pequeños quistes localizados en todos los parénquimas, que han sido llevados por la circulación arterial general, principalmente en el riñón.

Por eso no hay tampoco que discutir la hipótesis sobre la que se ha detenido el Dr. Codina, de penetración á través del diafragma. Sólo en casos de grandes quistes, que por obliteración vascular por compresión producen grandes destrucciones de tejidos, se puede presentar incluso el cambio de situación, introduciéndose en otros parénqui-



mas; pero es muy raro. En las fases primarias, el embrión no hace nada de eso, sino que sigue las vías naturales. Claro que puede haber vasos linfáticos en los que penetra, y como éstos siguen territorios no del todo coincidentes con los arteriales, puede haber localizaciones aberrantes aparentemente, coincidentes con quistes de otra localización. Existen casos de estos; pero de ordinario la inmensa mayoría de los quistes siguen en su localización el mecanismo sencillo de circulación porta, corazón, pulmón, vena pulmonar, etc.

El Dr. HERNANDO recoge las observaciones del doctor Goyanes, en lo referente a los conceptos matemáticos que empleó para demostrar el modo de conducirse los rayos X en la densidad del contenido de un quiste, y como él habló en hombre práctico y se le contesta en matemático, va a hablar ahora en matemático también. No estando conforme con el razonamiento del Dr. Goyanes, lo demuestra figurando un objeto esférico, y sobre él diserta acerca de cómo los rayos X atraviesan las dos paredes del quiste, lo que en esto se observa, etc., etc., y termina planteando el problema en estos términos: «Que el Dr. Goyanes traiga radiografías de quistes en que el centro sea más claro que la periferia», y entonces se verá que las matemáticas están también de su parte.

Dr. CESALDO

### Bibliografía. (1)

TREINTA LECCIONES DE ANÁLISIS CLÍNICOS. Estudio teórico y práctico de los métodos que pueden ser empleados en pequeños laboratorios, por M. Maestre Ibáñez.

Hace varios años que el Dr. Maestre Ibáñez viene dedicándose en su laboratorio particular a la enseñanza práctica del análisis clínico, y cuyos cursos han sido anunciados por nosotros en algunas ocasiones. Mas como son muchos los compañeros de provincias a quienes no les es fácil asistir a ellos, ha creído útil la publicación de esta obra en la que se encuentran tratadas las cuestiones más importantes de análisis de orina, sangre, pus, contenido gástrico, esputos y líquido cefalorraquídeo, siguiendo los métodos que resultan más sencillos en la práctica y para cuya ejecución no sea necesario el material de los grandes laboratorios.

En capítulos especiales figuran modelos de certificados de análisis, tablas para facilitar los cálculos, fórmulas de los reactivos especiales que es necesario preparar y los detalles prácticos que hay que tener presentes en cada caso, y un presupuesto para instalar un laboratorio, indicando los modelos de ciertos aparatos que más conviene adquirir.

Para aquellos que al iniciarse en estos trabajos encuentren ciertas dificultades, el autor se ofrece a solventarlas, contestando particularmente a las consultas que se le dirijan, facilitando, además, preparaciones microscópicas, tipos y productos patológicos con los que practicar las reacciones que ofrezcan dudas.

Como se ve, la labor del Dr. Maestre Ibáñez no puede ser más completa en pro de la divulgación de estas enseñanzas, y por lo que se refiere exclusivamente a su obra, ha sabido darle un carácter tan práctico, que seguramente será muy bien recibida por quienes tengan necesidad de instalar un laboratorio donde resolver aquellos análisis que son más frecuentes en la práctica profesional.

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

TEXTO DE UROLOGÍA Y DE LAS ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS DE LOS ÓRGANOS SEXUALES MASCULINOS, por el profesor Dr. Hans Wildbolz, jefe de la Clínica Quirúrgica del Insel Hospital de Berna.

La casa Julius Springer, de Berlín, incansable en su labor cultural, acaba de publicar, en alemán, este libro que debe ser traducido a nuestro idioma, pues sus muchas enseñanzas le hacen merecedor de ser conocido por otros médicos, además de los que saben aquel idioma. Declaramos que estamos un poco cansados de leer en distintos autores las mismas ideas y en ocasiones hasta los mismos párrafos sobre la especialidad urológica y confesamos, avergonzados, que empezamos la lectura de este libro de Wildbolz, con una prevención que justifica la experiencia y sólo el nombre y la autoridad del profesor de Berna nos impulsó a estudiar ésta su última obra; muy pronto se convirtió en placer lo que habíamos comenzado como aburrida obligación... el libro de Wildbolz es la obra de un maestro que tiene el difícil arte de hacer interesantísimas sus lecciones y que ha dejado en su Texto de Urología un monumento clínico destinado a figurar entre la media docena de tratados de la especialidad que marcan una época. Wildbolz no ha querido abrumarnos con su erudición, ha querido sólo escribir un tratado de Urología para que en él aprendan los estudiantes y los médicos no especialistas, y como es hombre que practica la cirugía urológica con el éxito y con la austeridad que todos conocemos, al exponer sencilla y llanamente su experiencia, ha dado una obra fundamental en poco más de 500 páginas de un texto tan bien impreso, tan admirablemente ilustrado y editado, como son todos los que salen de la imprenta de Julius Springer...

Se ve que Wildbolz conoce todos los temas relacionados con las materias que expone, se le adivina estudiando en el laboratorio y comprobando en el gabinete de anatomía patológica, pero su deseo es hacer clínica en todos los momentos, y su razonamiento no se separa ni un instante del enfermo que es el principio de su enseñanza y el fin de su labor; por eso sus lecciones son particularmente preciosas para cuantos hacemos clínica y nos desvelamos en pro del enfermo.

Dr. ANGEL PULIDO MARTÍN.

REST AND OTHER THINGS (REPOSO Y OTRAS COSAS), por Allen K. Krause.—Un volumen de 159 páginas. (Williams & Wilkins Company, Baltimore, U. S. E.).—Precio, 1,60 dólares. 1923.

El Dr. Krause no necesita presentación en el campo de la tuberculosis. Su obra es conocida en todos los países como investigador, educador y publicista. Profesor en la Johns Hopkins University de Baltimore, es además director de la Fundación para investigaciones sobre la tuberculosis anejo a la misma Johns Hopkins University, y es extensísima su labor en este campo de la Ciencia.

El libro de que damos cuenta, como anuncia la casa editorial, es un librito de sencillas conversaciones sobre problemas de la tuberculosis. Contiene ocho capítulos que se refieren a otros tantos temas interesantes relacionados con esta enfermedad; temas, por otra parte, de índole muy variada, como puede deducirse del título de los capítulos: Reposo.—El tratamiento de la tuberculosis.—Infección por el esputo en los niños.—Tuberculosis del adulto, procedente de la infección en la infancia y su profilaxis.—Medidas antituberculosas.—El problema de la tuberculosis.—Los elementos de un adecuado programa antituberculoso.—Algunos problemas de educación médica en la tuberculosis.

Uno de los principales atractivos de este libro es el que presenta desde el punto de vista literario. Está escrito en



un estilo ameno, encantador. El autor analiza las cuestiones partiendo de la base pura de un hecho, pero lo hace de tal modo, que á veces se goza durante la lectura como si se escuchara una entretenida narración. Por otra parte, en las páginas abundan los datos de la experiencia personal del autor y los de su rica información.

Es, pues, este libro de un gran interés para médicos, para higienistas, especialistas y también para los directores elevados de la salud pública en general

DR. E. LUENGO

## Periódicos médicos.

### HIGIENE

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las radiaciones en biología y el alumbrado eléctrico en la práctica**, por J. L. Pech.—Las lámparas eléctricas de uso doméstico pueden reducirse á tres tipos: de filamento de carbón, de filamento metálico de un vatio y de filamento metálico de medio vatio. Las primeras, que son las más antiguas como se sabe, se hallan constituidas por una fibra de bambú calcinada en el vacío y encerrada en una ampolla de vidrio en la que se ha hecho el vacío manométrico. Las lámparas de filamento metálico de un vatio se hallan formadas por un hilo, de una aleación rica en tungsteno, estirado y encerrado en una ampolla, en la que el vacío se ha llevado hasta el mayor extremo posible. Las lámparas de medio vatio tienen una constitución análoga á las precedentes, si bien el hilo suele ser más corto y antes de hacer el vacío en las bombillas han sido sometidas repetidas veces á la acción de un gas inerte (ázo en general), que impide la oxidación del filamento por la menor traza del oxígeno, al verificarse la primera incandescencia. Esta precaución permite elevar la temperatura del filamento mucho más que en las lámparas de un vatio y obtener un mayor rendimiento luminoso con el mismo gasto de energía.

Viéndolas encendidas estas tres clases de lámparas, se distinguen unas de otras porque el filamento, en la de carbón, es más amarillo anaranjado que en las otras, siendo menos brillante en las de un vatio que en las de medio vatio, y apareciendo en estas últimas como rodeado de un halo muy brillante. Si solamente á simple vista es posible ya apreciar diferencias entre unas y otras lámparas, se comprende que ha de haberlas muy notables analizando sus distintas radiaciones con un espectrógrafo de cuarzo, y así resulta en efecto; lo que le ha permitido al autor obtener curiosos espectrogramas de cuyo estudio ha sacado diversas conclusiones.

La lámpara de filamento de carbón emite, además de los rayos visibles ricos en amarillo anaranjado y rojo, una cantidad considerable de rayos infrarrojos. La lámpara de un vatio emite una radiación visible muy rica en toda su extensión y una muy pequeña cantidad de rayos infrarrojos. Por último, la lámpara de medio vatio emite una radiación visible que se dirige un poco hacia el violeta y, además, un haz rico en rayos ultravioleta.

Para poder hacer una elección acertada entre estas tres clases de lámparas, hace el autor un resumen de la acción de sus distintas radiaciones sobre el ojo, desde el punto de vista biológico.

En primer término, dice que el filamento de carbón constituye el ideal para toda clase de manipulaciones fotográficas por su indigencia en rayos actínicos para los productos sensibles, generalmente utilizados. Pero para el alumbrado

práctico, este filamento tiene el defecto de emitir una cantidad de rayos infrarrojos, demasiado grande en proporción á los rayos azules, indigos y violetas que produce. Cuando los rayos infrarrojos ó cualesquier otros se acompañan en las radiaciones de sus correspondientes antagonistas en proporciones convenientes, son perfectamente tolerados por los tegumentos humanos, pero la acción de una sola categoría de estos rayos en gran cantidad altera la nutrición de nuestros tejidos superficiales y en particular de los diversos elementos del ojo. Los rayos infrarrojos provocan rápidamente, al atravesar nuestro aparato visual, cefalea, lagrimeo y una especie de sensación de calentamiento del globo ocular y, por ello, el alumbrado con la lámpara de filamento de carbón tiene el inconveniente de molestar el ojo y de fatigarle por la gran cantidad de rayos infrarrojos que emite, y que se reflejan y difunden por todos los objetos que nos rodean.

La lámpara de medio vatio cae en el exceso contrario, y su radiación, muy rica en ultravioletas, nos deslumbra por un curioso fenómeno de fluorescencia; nuestro cristalino, herido por los rayos ultravioletas que emite este filamento, se hace fluorescente al ser impresionada nuestra retina por esta radiación secundaria; nosotros no vemos los objetos sino á través de un halo luminoso de que ya hemos hecho mención al describir esta lámpara. Por otra parte, un gran número de objetos, y en particular el papel blanco, aumentan en brillo por fluorescencia, y si á esto añadimos que con las escasas dimensiones del filamento se produce una luz muy rica en oposiciones, se comprenderá nuestra conclusión de que debe rechazarse el alumbrado con lámparas de medio vatio por ser demasiado brutal, por acentuarse todavía más este defecto á causa de la fluorescencia que aumenta el brillo de ciertos objetos y por ser perjudicial para el ojo, en el cual el exceso de rayos ultravioletas provoca una disminución de la sensibilidad retiniana y una congestión de la conjuntiva que puede llegar hasta la rotura de los vasos.

La lámpara eléctrica de elección para los usos corrientes es, según el autor, la de filamento metálico de monovatio, pues emite una gran cantidad de rayos luminosos para el ojo humano, encontrándose en ella compensados los rayos infrarrojos por una suficiente cantidad de rayos violetas antagonistas, y carece de rayos ultravioletas fatigantes para la visión y aun perjudiciales para los tejidos del ojo. (*La Presse Medicale*, núm. 18, 1.º de Marzo de 1924).—T. R. Y.

### OFTALMOLOGIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Sobre la percepción de la distancia y del relieve, á propósito de las «sombras en relieve»**, por M. Hanriot.—La noción del relieve tiene su origen en el hecho de que nos es dable apreciar que los diferentes puntos de un mismo objeto ó de un conjunto se hallan á diferentes distancias de nosotros, lo cual quiere decir que la noción del relieve y la de la distancia se encuentran íntimamente unidas la una á la otra.

Desde el punto de vista puramente físico podemos adquirir la noción de la distancia de dos maneras diferentes:

Si dos objetos de la misma altura se hallan colocados á distancias desiguales los veremos bajo ángulos también distintos, que nos permitirán darnos cuenta de su alejamiento. Cuanto más cerca de nosotros se halle un objeto, más grande le veremos, y, por lo tanto, conociendo de antemano su tamaño normal, nos daremos cuenta de su distancia por su tamaño aparente. Esta es la manera más habitual de apre-



ciar la distancia, la cual es compatible con la visión monocular: un tuerto puede obtenerla.

Las cosas pasan de distinta forma, si queremos determinar la distancia á que se encuentra un objeto cuyas dimensiones nos son desconocidas y para el que no tenemos ningún punto de comparación. En tal caso, si el objeto está lo suficientemente próximo á nosotros, la visión binocular nos permitirá asimismo situar su posición en el espacio. Cada uno de nuestros dos ojos percibe en efecto una imagen del objeto ligeramente distinta cuya diferencia disminuye con la distancia á que el objeto se encuentra. De aquí se sigue que la percepción simultánea de dos imágenes no idénticas es la que nos da la sensación del relieve. Aquí, la visión binocular es indispensable: un tuerto no podría obtenerla.

Esta segunda manera de provocar el relieve ha recibido una aplicación en el estereoscopio. Se hace la fotografía de un mismo objeto con dos aparatos idénticos colocados á una distancia aproximadamente igual á la de nuestros ojos. En esta forma se obtienen dos fotografías ligeramente diferentes, que miradas con dos lupas semejantes colocadas delante de nuestros ojos nos dan la noción de una imagen única, que tiene el relieve de la visión normal.

Es preciso hacer notar que en estos dos modos de apreciación de la distancia hay una parte muy considerable de educación visual. El niño, aunque esté provisto de un aparato visual perfecto, tiende siempre á buscar los objetos más cerca de lo que realmente se hallan. Un individuo que fué operado de una simple soldadura congénita de los párpados necesitó una larga educación para adquirir la noción exacta de la distancia. Un sujeto que pierde un ojo vacila durante cierto tiempo al descender de una acera, por ejemplo, por no poder apreciar bien la distancia, hasta que al cabo de un año aproximadamente recobra esta propiedad por un fenómeno psíquico cuyo mecanismo se nos escapa.

La psicología, pues, toma también una parte muy importante en la percepción del fenómeno que nos ocupa, contribuyendo á veces, por otra parte, á darnos una sensación del relieve inexacta, haciéndonos ver los objetos bajo la forma en que ordinariamente tenemos la costumbre de verlos.

El relieve que presentan los cuadros, imágenes esencialmente planas, participa de los diversos modos que acabamos de exponer. Las diferencias de talla de los individuos colocados en los diversos planos, la oblicuidad de ciertas líneas normalmente horizontales, el esfuminado de los objetos lejanos y su coloración violácea son los medios más empleados para dar la sensación de alejamiento.

Ducos de Hauron (1891), inspirándose verosímilmente en trabajos anteriores de Rollmann (1853) y de Almeida (1858), tuvo la idea de reproducir dos vistas estereoscópicas de un mismo objeto, la una en verde y la otra en rojo, y superponer después estas dos imágenes. A simple vista se percibe el doble dibujo coloreado, pero si se le mira con unos lentes que tengan uno de sus vidrios rojo y el otro verde, cada ojo no percibirá más que el dibujo del mismo color que el vidrio correspondiente. Se obtiene, pues, como en el estereoscopio, una imagen única que aparece en el espacio; es decir, se tiene la ilusión del relieve.

Como consecuencia de un recuerdo en la Prensa de estos trabajos de Ducos de Hauron y de una comunicación de Gimpel y Tomhet acerca de los mismos en la Sociedad Francesa de Fotografía, ha empezado á recorrer los escenarios el espectáculo llamado de las «sombras en relieve».

Se colocan dos proyectores, muy próximo el uno al otro, en forma que la distancia de sus arcos sea, teóricamente al menos, igual á la de nuestros ojos. El uno de los proyectores se halla provisto de un cristal rojo y el otro de un cristal

verde y ambos emiten su luz sobre una pantalla transparente que aparece en rojo ó en verde, según que uno ú otro proyector funcione aisladamente; pero que aparecerá sensiblemente blanca, cuando los dos proyectores funcionen á la vez, si los colores son bien complementarios. Ahora bien, si se interpone un cuerpo opaco entre los proyectores y la pantalla, producirá en ésta dos sombras aproximadas y coloreadas, puesto que cada uno de los territorios de las sombras se halla iluminado por uno solo de los proyectores. Pero si las sombras se confunden en parte, sus puntos comunes serán negros, ya que no se hallan iluminados por ninguno de los dos proyectores. Esto es lo más habitual, obteniéndose una sombra negra franjeada de verde por un lado y de rojo por otro.

Si á la sombra así obtenida se la mira también con un antejo bicolor, verde y rojo, parecerá que la sombra se desprende de la pantalla y que se aproxima tanto más al observador cuanto más cerca se halle el objeto del proyector. He aquí el fenómeno tan llamativo de las sombras en relieve. Estas sombras son virtuales, pues los diversos observadores las sitúan en puntos diferentes de la sala, siendo, además, variable su tamaño según las posiciones relativas del observador y de los proyectores. En general, la sombra disminuye de tamaño cuanto más próxima se halla al observador.

Parece ser que un daltoniano que no perciba uno de los dos colores, el rojo por ejemplo, debiera hallarse ante estas sombras en el mismo caso que un tuerto ante el estereoscopio, es decir, en la imposibilidad de percibir el relieve; pero el autor, que no percibe el rojo, y cuya visibilidad no comienza para sus ojos sino á partir de la segunda raya del litio, ha podido apreciar el fenómeno en los diversos establecimientos en que se ha instalado, añadiendo á su gran sorpresa la sensación del relieve de una manera impresionante, que él no ha podido explicarse con claridad; por lo que cree que hay aquí un punto importante de la fisiología de la visión que merece ser estudiado.

La proyección y el cinema, termina el autor, no dan más que imágenes planas de dos dimensiones. Las sombras en relieve podrán constituir un perfeccionamiento, introduciendo la tercera dimensión, ó sea las imágenes en el espacio. (*Bulletin de l'Académie de Médecine* núm. 16, 21 de Abril de 1924).—T. R. Y.

## RADIOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El tratamiento moderno de la parálisis infantil, por H. Bordier.**—La primera indicación terapéutica de esta enfermedad consistirá en procurar la restauración del mayor número posible de células motrices alteradas en la medula del niño. Esta indicación podremos llenarla con la radioterapia medular, con la cual no aspiraremos en modo alguno á reconstituir las células nerviosas completamente atrofiadas; pero sí podremos aspirar á restablecer el funcionamiento de aquellas células incompletamente destruidas. En varios adultos atacados de atrofia muscular progresiva han conseguido los rayos X, no sólo detener la evolución progresiva de la enfermedad, sino aun hacerla retrogradar en aquellas masas musculares invadidas últimamente. La radioterapia medular se halla, pues, indicada para ayudar á la restauración de las células nerviosas motrices de la medula de los pequeños enfermos que todavía no hayan llegado al estado de atrofia completa. Ahora bien: este recurso terapéutico deberá ser aplicado lo más precozmente que sea posible y en la forma que permita introducir una



mayor proporción de rayos en el canal medular, ó sea dirigiendo el haz por la vía oblicua, en lugar de hacer las irradiaciones en el plano medio. El autor describe su técnica.

La segunda indicación terapéutica se dirigirá á combatir el descenso de la temperatura, no solamente de los músculos atrofiados, sino de todo el miembro á que pertenecen esos músculos, pues se comprende fácilmente el perjuicio que ha de ocasionar este descenso de temperatura á los cambios nutritivos y al desarrollo de los músculos afectados. Asimismo se comprende, inversamente, que si se consigue comunicar á los miembros paralizados una temperatura aproximadamente igual á la del lado sano, los cambios nutritivos llegarán á hacerse normales, en forma que, durante el crecimiento del pequeño enfermo y del desarrollo de sus huesos, el miembro paralizado podrá irse desarrollando casi al mismo compás que el miembro sano. El medio más eficaz, sin duda alguna, para elevar la temperatura de un miembro enfriado á la temperatura normal es la *diatermia*, que resulta por ello una de las armas terapéuticas más útiles en la enfermedad que nos ocupa.

Una vez que se haya conseguido hacer desaparecer la hipotermia casi completamente, se procederá á llenar la tercera indicación, ó sea la *galvanización*, que será aplicada de conformidad con los datos proporcionados por el examen de las reacciones eléctricas de los músculos paralizados.

Como el tratamiento galvánico debe ser prolongado, es preferible enseñar á las familias á electrizar las masas musculares paralizadas.

En opinión de los que han ensayado este método, tanto en Francia como en otras naciones, dice el autor, constituye el tratamiento más eficaz, hasta nueva orden, de la poliomielitis anterior, y merece ser aplicado en gran escala, ya que, si no en todos los casos se ha obtenido la curación, al menos todos los enfermos así tratados han visto transformarse su parálisis en una afección que no acarrea invalideces graves ni hombres impedidos. (*La Presse Médicale*, número 38, 10 de Mayo de 1924.)—T. R. Y.

## MEDICINA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La lepra y su curación espontánea, por E. Muir.**—Con Hansen, y en contra de la opinión de la mayoría de los autores modernos, cree Muir que en muchos casos la lepra tiende á la curación espontánea, produciéndose, á la larga y gradualmente, la inmunidad. Este retraso en el establecimiento de la inmunidad es debido á la naturaleza de los bacilos leprosos, que son capaces de proliferar sin originar síntomas locales ni generales de intoxicación ó originando muy escasos síntomas.

En la lepra pueden diferenciarse tres estadios ó períodos, en relación con el aspecto clínico de las lesiones; actualmente no puede ser utilizada con este objeto ninguna reacción humoral. En el primer período (*stade quiescente*) los bacilos, aun poco numerosos, son de aspecto homogéneo, de tamaño uniforme, y la inmunidad es aún mínima. En el segundo período los bacilos se han multiplicado y se han hecho granulados, presentando aspecto de esporos, lo que indica que son desfavorables las condiciones en que se desarrollan; pero la inmunidad es aún débil; ya hay liberación de toxinas y bacilos en la sangre, que originan embolias, puntos de partida de nuevas lesiones. Localmente, á la reacción fibrosa y á la infiltración celular moderada del primer período, se ha añadido una reacción inflamatoria, revelada por el aumento de infiltración celular y la vasodilatación; la lesión se torna eritematosa y prominente (estadio reaccio-

nal). En el período tercero (estadio de resolución) las lesiones son extensas, pero presentan síntomas de resolución: la tumefacción y el eritema desaparecen, la superficie de la lesión se aplanan, la infiltración celular cede el sitio al tejido fibroso, los bacilos van desapareciendo poco á poco: la inmunidad ha llegado á tal punto, que la curación espontánea se inicia.

Al considerar la evolución de la lepra hay que tener muy en cuenta la resistencia general de los tejidos, que es distinta de la inmunidad adquirida. El comienzo aparente de la enfermedad se produce generalmente con ocasión de una afección intercurrente que aminora la resistencia de los tejidos. Si esta aminoración es persistente, la evolución de la enfermedad resulta muy agravada.

Durante los dos primeros períodos es de suma importancia elevar la decaída resistencia de los tejidos. Las vacunaciones pueden ser útiles en el primer período para provocar la inmunidad; en el segundo, es preciso evitar todo tratamiento intempestivo, que podría provocar la diseminación del mal, y usar con precaución el aceite de chaulmoogra para destruir los bacilos. En el tercer período se provocarán reacciones moderadas (grandes dosis de aceite de chaulmoogra, asociadas, si es preciso, al yoduro potásico) para prevenir las deformaciones y la invalidez. En el caso de que la enfermedad haya llegado al tercer período, hay derecho á esperar la curación definitiva; si se produce la curación antes de que la enfermedad llegue al tercer período, continúan siendo posibles las recaídas con motivo de la disminución de resistencia de los tejidos. (De *The Lancet*. P.-L. Marie; *La Presse Médicale*, 29 de Marzo de 1924.)—PELÁEZ.

2. **La abdominoscopia, por S. Steiner.**—Practica Steiner la endoscopia abdominal por medio de un aparato al cual ha dado el nombre de «abdominoscopio» y que se asemeja, por su concepción óptica y por su forma, al cistoscopio ordinario. Se hace posible el examen mediante la insuflación de aire en la cavidad peritoneal. Se facilita la insuflación por intermedio de un endoscopio, y no implica ningún peligro ni aun en el caso de que la cantidad de aire inyectada no sea objeto de una medición precisa. La filtración se efectúa simplemente á través de un tapón de uata.

Para practicar el examen se pone una inyección de morfina veinte minutos antes; luego tras desinfección con tintura de yodo y anestesia local de la pared abdominal y del peritoneo con novocaina, se practica una corta incisión de la piel, y se punciona con un trocar provisto de una semicánula, cuyo calibre corresponde al del abdominoscopio. Se reemplaza en seguida el trocar por el abdominoscopio y se retira la cánula. Entonces se practica la insuflación. El aire se acumula en las partes más elevadas del peritoneo, hacia las cuales se puede dirigir el abdominoscopio, seguido siempre con la vista, de manera que así se aprecia la situación, forma, color y aun la consistencia de los diversos órganos. Variando la posición del paciente, en relación con el sitio de la punción abdominal, y procediendo metódicamente, pueden ser exploradas así las regiones supraumbilical y subumbilical y la pequeña pelvis. Las imágenes son de claridad sorprendente.

Terminado el examen, se deja escapar poco á poco el aire; después se retira el endoscopio, se aplica un punto profundo de sutura y se hace una pequeña cura.

En rigor, el abdominoscopio puede ser substituído por un cistoscopio ordinario.

Fácil es comprender los grandes servicios que para el diagnóstico de las afecciones abdominales y ginecológicas puede prestar este procedimiento, sobre todo si es cierto—



como afirma el autor—que se trata de una exploración tan fácil é inofensiva como la cistoscopia. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, Mouzon; la *Presse Medicale*, 29 de Marzo de 1924).—PELÁEZ.

## HIDROLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. La revisión de la composición de las aguas minerales, por el Dr. Constant. — El tiempo y otras circunstancias pueden imprimir notables modificaciones en las aguas minerales que alteren su composición, bien aumentando, bien disminuyendo la proporción de sus elementos característicos.

Por esta causa el autor propone que se exija á las estaciones termale una revisión bianual del análisis de sus aguas bajo las bases siguientes:

1.<sup>a</sup> Estudio de la fluorescencia para demostrar la pureza del agua.

2.<sup>a</sup> Medir el índice de refracción de las aguas. Toda variación en este índice debe atraer la atención hacia la composición del agua y debe ser medido todos los días. (Aparato de Zeiss.)

3.<sup>a</sup> La densidad.

4.<sup>a</sup> La presión osmótica.

5.<sup>a</sup> La termalidad.

6.<sup>a</sup> La ionización.

7.<sup>a</sup> La conductibilidad eléctrica. Medida de la resistencia eléctrica.

8.<sup>a</sup> La crioscopia.

9.<sup>a</sup> El gas.

10. La radiactividad.

11. La composición química de las aguas y sus variaciones.

Ahora bien, estos análisis deberán ser hechos siguiendo el método de A. Gautier y Moureu y calentados en iones electropositivos y electronegativos, pues los descubrimientos modernos han demostrado que las sales no existen bajo su forma combinada en las soluciones, sino que están disociadas en sus iones electropositivos y electronegativos. (*Le Concours Medical*, núm. 16, París, 20 de Abril de 1924).—T. R. Y.

## TERAPEUTICA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Acción estimulante del bromuro de mesotorium sobre ciertos agentes terapéuticos, por Hugel y Delater. — De las investigaciones hechas en los últimos años resulta que las emanaciones radioactivas parecen tener una acción electiva sobre el sistema neurovegetativo.

Hugel y Delater pudieron comprobar esto en una primera serie de experimentos, en los que emplearon el bromuro de mesotorium solo, en un excipiente graso, para tratar las úlceras y eczemas distróficos de origen varicoso. Once casos tratados, algunos de los cuales databan de muchos meses ó años, curaron en tres semanas por término medio.

Han comprobado también la acción coadyuvante ó favorecedora de esta sal sobre los medicamentos del sistema venoso y de los órganos de secreción interna. Asociado á la ergotina y al yoduro potásico, el bromuro de mesotorium mejoró notablemente en quince días siete casos de esclerosis periférica: el aspecto violáceo de la piel, la tumefacción, el calor y la induración desaparecieron casi por completo.

Puesto en óvulos con tanino de extracto de nogal y apli-

cado como tópico vaginal, con rapidez sorprendente (en plazo variable de cinco á ocho días) ha hecho cesar los dolores y el flujo blanco en diez mujeres afectas de metritis antiguas.

Asociado á extractos poliglandulares y á extractos de plantas (hamamelis, etc.) y administrado por vía bucal, en 25 casos hizo desaparecer los trastornos circulatorios de la menopausia y dismenorrea.

En fin, los autores han tenido la curiosidad de ensayarle en inyecciones subcutáneas asociadas á inyecciones de vacuna antigonocócica en seis casos de uretritis blenorragica crónica; en todos ellos el flujo cesó en plazos variables de dos á cuatro semanas.

El bromuro de mesotorium merece, pues, ocupar puesto importante en la terapéutica, no solo por sí mismo, sino también por su asociación con otros medicamentos, cuya acción refuerza, permitiendo reducir á la mitad sus dosis (*Gazette des Hôpitaux*, 9 de Febrero de 1924).—PELÁEZ.

2. Tratamiento de la leucemia mielóide por el torium X, por Aubertin. — En un caso de leucemia mielóide frustrada, de 24.000 leucocitos (32 por 100 de mielocitos) ha empleado el autor el torium X, substancia que en los sujetos de sangre normal produce una leucopenia considerable y duradera sin trastornos funcionales apreciables; practicó siete inyecciones semanales, comenzando por dosis de 300 microgramos, después de 400 y, finalmente, de 200.

La cifra leucocitaria bajó rápidamente á la normal, descendiendo después por bajo de ella (1.500 por milímetro cúbico); los mielocitos descendieron á 5 por 100.

La mejoría se sostuvo después de cesar el tratamiento, y en la actualidad, transcurridos ya siete meses, la leucopenia persiste. La cifra de glóbulos rojos bajó al mismo tiempo. El bazo no disminuyó notablemente de volumen hasta después de interrumpido el tratamiento. La acción del torium X es, pues, muy lenta, perdurando largo tiempo tras la supresión del medicamento.

El manejo de éste parece menos delicado que el del ben-zol, lo que le pone al alcance de todos los prácticos. (*Gazette des Hôpitaux*, 26 de Enero de 1924).—PELÁEZ.

3. Curación rápida de los sabañones, por el doctor Débat. — Este procedimiento, propuesto hace ya unos años por el Dr. Jaquet, es capaz, según el autor, de curar los sabañones rápidamente, cualesquiera que sean su gravedad ó su antigüedad.

Para los sabañones de las manos, habrá necesidad de tener elevados los brazos, una vez cada hora, por lo menos, durante cinco minutos, doblando y extendiendo mientras tanto los dedos enérgicamente. En los intervalos se evitará, dentro de lo posible, el llevar las manos colgantes.

Para los sabañones de los pies, deberá hacerse también la correspondiente gimnasia elevatoria, que resulta aquí menos fácil, pues le será preciso al enfermo tenderse para elevar sus extremidades alternativamente y doblar al mismo tiempo los dedos de los pies.

Además de esto, por la noche y por la mañana en los sabañones ulcerados, y solamente por la noche en los que no lo estén, se aplicará sobre los mismos una espesa capa de inotiol. Las lesiones se limpiarán con un cuerpo graso (vaselina, manteca ó aceite) y se procurará evitar el agua y el jabón.

La mejoría, según el autor, es inmediata, en las manos en particular. El tinte violáceo se borra, los dolores se calman, el edema desaparece y las ulceraciones quedan cicatrizadas en unos días. (*Bruxelles-Medical*, núm. 27, 6 de Marzo de 1924).—T. R. Y.



## SECCIÓN PROFESIONAL

## PROGRAMA PROFESIONAL:

*La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. — Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado. — Independencia y retribución de la función forense. — Dignificación profesional. — Unión y solidaridad de los médicos. — Fraternidad, mutuo auxilio. — Seguros, previsión y socorros.*

**SUMARIO:** Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Minucias: Cronología abolicionista, por el Dr. César Juarros. — Actualidades, por Sedisal. — Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedisal. — Sección oficial: Gobernación. — Gracia y Justicia. — Estado. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Anuncios.

## Boletín de la semana.

## Boqueadas incongruentes.

Alguien, que supone que ello pueda interesarnos, y sobre todo, que cree que debemos dar muestra pública de semejante interés, nos envía por conducto particular un artículo publicado en el *Boletín* de la Asociación llamada de Médicos titulares.

Confesamos ingenuamente que, no por desdén, ni mucho menos por regocijo, sino por la extraña y poco puntual publicación del tal periódico, no prestábamos atención á las agitaciones internas que representan sus últimas actuaciones, y por otra parte, conocedores de sus desacreditados manejos, no sentíamos nuestro ánimo dispuesto á las posibilidades, siquiera remotas, del enojo que pudieran producirnos sus gastados procedimientos de desfiguración de la verdad, invención de fantasías é insinuación constante de insidias contra personas que debiera tener en el más alto respeto.

Pero es el caso, que por lo que hoy sucede, merece que nos demos por entendidos, siquiera para dar, al mal inspirado colega, un provechoso consejo en estas horas para él críticas.

En nuestro último número, movidos siempre de la prudente generosidad á que nuestra conciencia y nuestra experiencia nos llevan, mostrábamos extrañeza y aún disgusto por el ensañamiento que desplegaban muchos colegas, asociaciones y particulares contra el Sr. Almarza, y dejábamos traslucir el deseo de que este espectáculo cesara en aras del decoro común profesional. Pues bien; á esta conducta nuestra y antes de que le fuera conocida (dada la fecha de su contestación), responde el *Boletín* empuñándola, sin venir á qué y de un modo inconsiderado, irrespetuoso y lamentable, contra el Sr. Cortezo, á quien una vez más supone árbitro y promovedor de todas las cosas que en la Sanidad pública suceden.

El entrar á contestar ésto, equivaldría á hacer el juego al colega, dando una publicidad á sus casi inéditos conceptos, que no nos asustaría, y nos importa mucho menos, pero que no hemos de cometer la inocencia de concederle.

Lea entretanto y conteste por decoro y por de-

ber á lo que *Medicina Ibera* dice por pluma del señor Alemany, abogado del Sr. Almarza, según nos aseguran, hasta fecha reciente; es decir, testigo de mayor excepción, y procure demostrarle lo que hay respecto á sus insinuaciones de los ingresos y gastos en la Junta de Patronato. Lea lo que en *La Voz Médica* dice el Sr. Casas, antiguo colaborador y aun asociado del Sr. Almarza, y responda á las pintorescas escenas por él sacadas á luz. Lea los sustanciosos artículos de *La Federación Sanitaria*, de Sevilla, y, si puede, conteste á los agobiantes cargos que con pródiga mano se dirigen á la susodicha Junta.

Estos son cargos públicos y efectivos y no hay para qué esquivar el contestarlos buscando fantasmas imaginarios con suponerlos representativos de *personas inutilizadas por la edad y por los achaques*. Pues si están inutilizadas, ¿por qué le preocupan tanto?

Muestre sus bríos el *Boletín* con lo real y lo efectivo, que bastante tiene con lo que encima se le viene y que nadie más que él se ha buscado; pues para pocos se habrá ideado con tan exacta aplicación el conocido refrán de que: *Quien bien tiene y mal escoge, del mal que le venga, no se enoje*.

¡Ah! y en cuanto á lo que dice del Sr. Murillo, déjele en paz, *pues hay cariños que matan* y el actual director de Sanidad, aunque hasta ahora no se haya ocupado mucho, por fortuna suya, de estas cosas, no le serán desconocidos los antecedentes de las personas que, adulando á otras, las han colocado en los cuernos de la luna, han vociferado *para que se les hicieran estatuas de oro*, y después no encuentran manera de molestarlas con sus irrespetuosas y desconsideradas alusiones, siquiera sepan que son lo contrario de lo que debieran ser en honor y justicia de aquéllos á quienes inútilmente procuran enojar.

Y basta por hoy y aun por siempre; pues tenemos un exceso de original que nos advierte que no debemos perder el espacio y el tiempo en semejantes fruslerías.

DECIO CARLAN



## MINUCIAS

## CRONOLOGIA ABOLICIONISTA

El Dr. Massip Vals, redactor médico de *La Voz*, donde lucha, denodada y perseverantemente, en pro de la muy noble ambición de inculcar al público profano, nociones claras del trascendental problema sanitario, acaba de publicar, en los *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, un artículo interesante, como todos los suyos, acerca de los mítines sanitarios.

Hay en sus fervorosas cuartillas pequeños errores y omisiones, que nos interesa rectificar, más que por la parte con nosotros relacionada, por servir los fueros de la verdad, aprovechando la ocasión para rendir debido tributo á la buena fe y generosidad de algunos esclarecidos varones, no siempre lealmente juzgados, y dejar bien determinadas las etapas seguidas, en su evolución, por la técnica de los mítines sanitarios, de tan amplio desarrollo en estos dos últimos años.

Los primeros fueron ideados por mí. Busqué el consejo sincero del Dr. Francos Rodríguez; recibido su visto bueno, entre ambos obtuvimos la colaboración de los Sres. Alcalá-Zamora, Carracido, Cortezo, Recasens y Gimeno.

Además del Seminario, la Asociación de Ferrovios y diversos teatros madrileños, hablamos en Alicante, Albacete, Toledo, Segovia, Avila y Béjar.

Dice Massip:

«Terminó de pronto aquella propaganda sanitaria que los aludidos señores realizaban, sin que haya sabido el motivo de aquella suspensión.»

Fué causa de la interrupción la mala acogida que tuvimos entre los profesionales del arte de curar. Se nos hizo, desde el comienzo, desagradable atmósfera. No fué reconocido el mérito de actos como el del doctor Cortezo, trasladándose, viejo y delicado, á Avila, en pleno mes de Enero. Decían que Francos aspiraba á ser ministro de Sanidad, que Recasens y Carracido llevaban igual pretensión, que Cortezo y Gimeno querían sugestionar á los Gobiernos, que yo intentaba cambiar la profesión de remendar caletres por la de parlamentario parásito del Presupuesto.

Tan asqueados se sintieron, mis compañeros de cruzada, que acordaron desistir de la empresa. Era demasiado pedirles aguantar las molestias de una propaganda, en que se costeaban viajes y fondas y por contera aquel denso chaparrón de insidias, calumnias é incomprendiones.

Yo, visto que el sistema tenía público, cada día más enamorado del proyecto, creyendo que podía haber sido un error escoger por oradores á magnates políticos y por tema cuestiones generales, una vez consideré afianzada mi situación profesional, de modo que nadie pudiera atribuirme el propósito de desertar de la carrera, hace tres años, creé con el Dr. Sampelayo, á quien no menciona Massip, la «Sociedad Española de Abolicionismo».

El ideario era concreto, preciso, internacional y

humanitario. Logrado su triunfo, abordaríamos otros.

Buscamos la ayuda de hombres y mujeres de reconocida solvencia intelectual: María Martínez-Sierra, Aurora Riaño, Elisa Soriano, «Beatriz Galindo», «Violeta», Clara Campoamor, Dres. Navarro-Fernández, Pittaluga, Vicente Gimeno, Mañueco. El abogado Serrano-Batanero, Teodoro Iradier, Gregorio Martínez Sierra, etc., etc.

Cuando llevábamos once mítines, el Dr. Navarro estimó conveniente crear la «Liga Antivenérea», cuyos actos tenían por finalidad divulgar los estragos de este género de dolencias y los medios de combatirlas. Como la dicotomización se había verificado dentro de la mayor armonía, los oradores de la «Liga Antivenérea» y los de la «Sociedad Española de Abolicionismo» actuaban juntos. No es, pues, totalmente exacto el contenido de este párrafo del Dr. Massip:

«Hace unos tres años resurgió el mitin organizado por el sifiliógrafo Dr. Navarro Fernández, con la cooperación de la «Sociedad Española de Abolicionismo» de las que es presidente el Dr. Juarros.»

La iniciativa de los primeros mítines fué mía. Su retorno, obra del Dr. Sampelayo y mía.

El Dr. Navarro inició los suyos posteriormente, cuando ya estaban en pleno triunfo los netamente abolicionistas, en los que él venía tomando parte.

El Dr. Navarro fué dando más amplitud al sumario de sus actos. Se incorporaron los más diversos asuntos, se habló de enseñanza, de higiene general, de cultura física, de reivindicaciones feministas...

Dentro de tan complejos puntos de vista forzosamente corría el credo abolicionista riesgos de ser absorbido y desvirtuado. En sus viajes á Congresos extranjeros nuestra vicepresidenta, María Martínez Sierra, recibió la impresión de que agradaría vernos de nuevo concretos, limitados á los mandamientos internacionales, y empezamos á celebrar mítines independientes, exclusivamente abolicionistas, logrando que acudiesen á ayudarnos elementos literarios de tal prestigio como Marquina, Fernández-Ardavin, Maeztu, Sassone, Pérez de Ayala, López Martín, Baena, etc., etc.

No ha sido la separación de las dos campañas obra de una desavenencia, sino necesidad, por nuestra parte, de acatamiento á normas internacionales. El Dr. Navarro sigue siendo sincero abolicionista; nosotros, leales amigos suyos. Bien está consignarlo aquí para evitar maliciosas interpretaciones.

Y nada más, puesto que quedaron servidas á nuestras muy respetadas señoras la Verdad y la Justicia.

DR. CÉSAR JUARROS.

27-7-24

## ACTUALIDADES

Previo convocatoria, la ASOCIACIÓN DEL CUERPO FACULTATIVO DE LA BENEFICENCIA MUNICIPAL DE MADRID á ella respondió, celebrando la Junta general que su presidente el Sr. Carmona estimó precisa para dar cuenta de sus gestiones, explicar los motivos en que tanto él como sus compa-



ñeros de Junta directiva fundamentaban la dimisión presentada, dar á conocer el actual estado económico de la Sociedad, proponer una ampliación á la primordial finalidad para que fué creada, y cambiar, en fin, impresiones acerca de cuanto al Cuerpo pueda interesar en los difíciles momentos que atravesamos.

Con todo detenimiento y debidamente documentado el Sr. Carmona habló de la subvención de 500 pesetas á la Asociación otorgada por el Ayuntamiento, de las gestiones hechas á favor de algunos practicantes á quienes de manera definitiva se consiguió confirmar en sus cargos, de la necesaria reorganización del servicio de guardias, del extraordinario acúmulo de personas que afluían á la consulta del señor Hinojar, de los perseverantes esfuerzos realizados por los Sres. Sáinz de Robles, Sánchez Covisa y Sáinz de Grado hasta obtener la instalación del gabinete radioterápico en la Casa de Socorro del distrito del Centro á cuyo frente queda el Sr. Ratera, de la amargura de su ánimo producida ante la inminente supresión de algunas de las Casas de Socorro existentes, del progresivo aumento de socios en la Asociación y de los socorros prestados por enfermedad que de 2.000 ascendieron á 5.000 en el pasado año, del remanente de 23.000 pesetas con que el Erario de la Asociación cuenta, todo perfectamente justificado en las Memorias que los señores secretarios y tesoreros dan á conocer respectivamente, del propósito firmemente acariciado de confiar á una ponencia el estudio del medio de hacer factible que el auxilio de enfermedad se haga extensivo á las defunciones; y, por último, de la conveniencia de acometer la reforma del estatuto confiando á los más ecuanímenes y experimentados su redacción y modificaciones.

Por unanimidad se acuerda para la Directiva un voto de gracias haciéndose constar, al propio tiempo, que no hay porqué hablar ahora de dimisiones.

Dice el Sr. Roncesvalles que convenía saber el por qué no se anuncian las oposiciones de supernumerarios.

Adelanta el Sr. Milla unas cuantas pertinentes observaciones muy dignas de ser, en su día, tenidas en cuenta por las ponencias que se designen.

Habla un señor, cuyo nombre no percibimos, de la denuncia no ha mucho esgrimida en menoscabo del personal de guardia de la Casa de Socorro de Palacio, y de la necesidad de salir á su defensa por carecer de fundamento los cargos que se les imputan.

Relata el Sr. Alcázar los abusos y chacotas de que á lo mejor se hace objeto á los profesores de guardia, citando como prototipo de cínica desaprensión el caso á él recientemente ocurrido en la calle de Relatores, y propone para evitar que esto impunemente se repita, la elección del medio más adecuado de escarmentar á los que tan malas artes emplean con detrimento de la dignidad del Cuerpo.

Se da lectura á una razonada y extensa comunicación en que el presidente del Ateneo Médico Municipal, doctor Martín Menéndez, da cuenta de la labor en él desenvuelta durante el pasado curso, y del desafecto y desvío en que se le tiene, de lo cual se ha dado patentes muestras, dejando casi en el vacío á los ilustres conferenciantes que á honrarle fueron respondiendo galantemente á sus requerimientos.

El Sr. Carmona ofrece á nombre de la Asociación salir al paso de cuanto en distintos aspectos contraría ó merme los legítimos intereses y prestigios del Cuerpo, por los medios á cada caso adecuados; promete un firme propósito de enmienda en la asistencia al Ateneo; se resigna á continuar con sus demás compañeros en la Directiva hasta la renovación reglamentaria y de nuevo insiste en estrechar la unión fomentando los auxilios económicos de mayor eficacia que

otro medio alguno á los fines propuestos, según acredita la experiencia.

#### SOCIEDAD DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS.

No cabe dudar que el Sr. Sánchez Herrero va lenta, pero progresivamente, aumentando el número de adeptos que con respetuosa consideración acuden á escuchar sus doctrinas en el modesto local en que con gran perseverancia se exhibe.

«Los paraísos artificiales de Bandelaine» sirvieron de tema á la conferencia en que puso de relieve al lado de lo ficticio y deleznable de los placeres que el uso de la morfina, cocaína, éter, etc., provocan, los gravísimos inconvenientes y peligros que al organismo acarroan, añadiendo una serie de consideraciones éticas y sociales que, como pie forzado, aprovecha para deducir la conclusión de que los morfímanos son unos desesperados que no llegaron á formarse exacto concepto de la vida y del bien.

Extraordinaria expectación y curiosidad han despertado en la clase médica la rápida reorganización de los Colegios provinciales, el resultado del plebiscito que *La Voz Médica* llevó á cabo y actualmente está desentrañando, y el pavoroso porvenir que para los titulares hace entrever el reglamento de Sanidad cuya aparición de un momento á otro se espera. Y si á todo esto se añaden el reciente fallecimiento del más esforzado adalid de la Junta de Patronato Sr. Laredo, los reparos y apostillas legales que á su actuación y exacciones opone el bien documentado abogado Sr. Alemany que á la perfección conoce las cosas de la casa, y los certeros golpes que á la formalidad y procedimientos del señor Almarza asesta la *Federación Sanitaria* de Sevilla en su número de 29 de Junio próximo pasado; ¿extrañará á nadie que á la desbandada huyan del naufragio y se guarezcan al amparo de los Colegios los poquísimos que aún quedaban sin abrir los ojos á la realidad?

#### Homenaje al médico D. Eduardo González Serrano.

¿Sabes tú si ocurre algo extraordinario en Colmenar Viejo? Esta era la pregunta que entre sí se hacían los modestos industriales que en las inmediaciones de la estación de Tetuán de las Victorias luchan por la existencia, al notar en ella la presencia de un compacto grupo de lucido personal, y la salida del tren especial que la Compañía Madrileña de Urbanización tuvo la galantería de movilizar á horas no reglamentarias del pasado domingo, con la indicación de reservado, hacia el indicado pueblo.

No es en efecto frecuente que en honor y gloria de un modesto, abnegado y pundonoroso médico rural como don Eduardo González Serrano probó serlo durante su larga vida, se congreguen en un momento dado superiores autoridades sanitarias de la nación y provincia, representantes de prestigiosas publicaciones y organizaciones en masas ávidas de presenciar cómo un pueblo reconocido y entusiasmado acude con las autoridades de todos órdenes en cabeza á ver ensalzada y consagrada por sus similares la relevante figura social del hombre de ciencia á quien en buen hora tuvo la suerte de captar y retener en su seno cuidando de su salud por espacio de cincuenta y tres años, durante los que no quiero pararme á considerar la cantidad de buenas obras y sacrificios en obsequio á sus clientes prodigados, ni las decepciones con que más de una vez la humana ingratitude habrá acibarado su existencia. Surgió la idea de tan oportuna y legítima apoteosis de una conversación sostenida entre los Sres. Ruiz de las Heras, titular de Hoyos de



Manzanares, y D. José Jaraizábal, de Colmenar, que alborozados hubieron de ponerse al habla y apreciar el entusiasmo con que era recibida y el calor que se disponía a prestarla el presidente de la Federación del distrito Sr. Cirajas, á partir de entonces constantemente intrigado por la pronta y brillante realización del acto, que en aquel instante daba comienzo con la recepción estruendosa del homenajeado, que el puesto de honor ocupa en la Presidencia del hermoso salón de sesiones del Ayuntamiento entre los señores delegado gubernativo, alcalde de la localidad, presidente del Colegio Médico de Madrid, inspector provincial de Sanidad á su vez investido de la representación del inspector general en funciones de director, la del Sr. Dacref, presidente de la Federación provincial y la del distrito de Getafe, y el presidente de la Federación del de Colmenar.

Leídos por el secretario de la Federación del distrito los antecedentes que ya conocidos no repito, el Sr. Cirajas da cuenta de la valiosa adhesión del Dr. Cortezo, y otras recibidas, y se ocupa en reseñar la perseverante y altruista labor por el Sr. González Serrano desenvuelta en el transcurso de la honrosa vida, ante la cual la Federación que preside rinde la debida pleitesía.

El señor alcalde de la localidad refleja en unas cuantas cuartillas la meritoria é irreproachable conducta que como ciudadano, médico y alcalde observó siempre; la imperturbable serenidad con que afrontara epidemias y peligros; y la habilidad con que sus intervenciones pusieron término á situaciones difíciles y huelgas impetuosas y tumultuarias, en que bien aquilatados quedaron el ascendiente moral y afecto que entre sus convecinos goza y á que han querido corresponder dando su nombre á la calle en que su vivienda está enclavada y colocando una lápida en la fachada de la casa que de su propiedad habita.

Habla el Sr. Blanc de las grandes enseñanzas que de estos actos se deducen; ensalza las cualidades que adornan al festejado; aplaude la feliz iniciativa en que de manera tan clara resaltan las ventajas de la unión y disciplina bien puestas de relieve por la Federación de Colmenar Viejo que como ejemplo debieran tomar otros organismos; y recomienda á todos perseveren en ella porque únicamente del común esfuerzo puede esperarse el respeto y consideración á que debemos aspirar.

Lo hace á su vez el Sr. Palanca congratulándose del hermoso ejemplo que á la clase y á la sociedad en general se ofrece al rendir el homenaje á que en justicia es acreedor el caballero Sr. González Serrano, siempre fiel, honrado y digno en el cumplimiento del deber; aconseja le tomen como modelo y procuren apoyarse en la fuerza de la razón, porque fundándose en ella y en los personales prestigios podrán algún día aspirar á perfeccionamientos que aún se vislumbran lejanos; y concluye proponiendo se pida al Directorio por mediación del delegado la recompensa que estime adecuada á vida tan meritoria.

El Sr. Cirajas entrega al Sr. González Serrano el afiligranado y artístico álbum, de que es autor el empleado municipal de Madrid, D. Miguel Uceta, por todos los federados sanitarios del distrito de Colmenar Viejo firmado y ofrendado en prueba de cariño, admiración y respeto al venerable compañero, que licenciado el 6 de Julio de 1872 en la Facultad de Madrid, aún se conserva en condiciones de prodigar á sus queridos clientes, los valiosos consejos de su bien probada y aquilatada experiencia.

El que esto escribe, in mente tenía la proposición de que autoridades de todos órdenes, pueblo entero, valiosas amistades al homenaje sumadas, y federados todos, para el homenajeado pidieran la Gran Cruz de Beneficencia por

mediación de una comisión integrada por el delegado gubernativo, alcalde de la localidad, presidente del Colegio Médico de Madrid é inspector provincial, que con buen acuerdo se adelantó á suscribirla á la terminación de su discurso. Echó no obstante de menos un voto de gracias y aplauso al pueblo que de tal manera se enaltece y dignifica honrando á sus funcionarios, y así hubo de proponerlo siendo contestado por una estruendosa salva de aplausos, con que también anteriormente subrayaran la terminación de los discursos.

El delegado pronuncia unas cuantas frases de gratitud é invita á la concurrencia á presenciar el descubrimiento de las lápidas por la representación del pueblo acordadas y costeadas; y con vivas á D. Eduardo, á Colmenar y á la Federación Sanitaria se organizó la comitiva, que dando escolta al beneficiado hacia la calle y casa en que se hallan colocadas se encaminó, teniendo la gran satisfacción de apreciar el desbordante júbilo; caluroso entusiasmo y repetidos aplausos y vivas con que su exhibición al público fué saludada. El agraciado y su honorable y estimadísima familia por largo rato estuvo recibiendo las efusivas felicitaciones á que reconocidos correspondían obsequiando con variedad de dulces, pastas, vinos, licores y refrescos; y en el seno de ella por fin en paz le dejamos, después de reiterarle el abrazo que el director de esta Revista nos encomendara, saboreando el inefable placer de ver consagrados y reconocidos los infinitos desvelos é interés vivísimo con que toda su vida profesional se sacrificara en pro de la humanidad doliente.

Que sea enhorabuena y que esta satisfacción perdure por muchos años.

Y aquí pondría punto final á esta crónica por considerar la solemnidad oficial ya virtualmente terminada, si no creyera deber añadir que los sanitarios de nuevo se congregaron en el Ayuntamiento bajo la presidencia del señor inspector provincial que muy complacido se enteró y felicitó al Sr. Cirajas por la acertada gestión y resultados obtenidos en los incidentes suscitados; contestando también con la prudente discreción y mesura á que el cargo obliga á las interrogantes que el experto y batallador titular de Hoyo de Manzanares había creído oportuno someter á su consideración.

Bajo los mejores precedentes y auspicios comienza su gestión la pujante Federación Sanitaria tan concienzuda é inteligentemente conducida por el afable y experimentado Sr. Cirajas; y de esperar es que los simpáticos, expansivos y ocurentes jóvenes que hoy la prestan animación y vida, perseveren constante su concurso á la buena obra, porque si éste falta, ó desmaya, pudiera al final resultar el esfuerzo ineficaz y baldío. Así se permite aconsejárselo quien lleva ya registrados multitud de fracasos societarios.

Plácemes y gratitud merecieron á los expedicionarios tanto la recepción como las atenciones y despedida cariñosa que por los compañeros, autoridades y pueblo se les tributaron, y complacidos se esforzaban en exteriorizar; pero no puede decirse lo mismo en lo que al banquete se refiere, porque además de estar en él prensados como sardinas en banasta y hallarse el local desprovisto de ventiladores, adoleció el servicio de interrupciones y deficiencias á que con tiempo debió salir al paso el que con imprevisiones inexcusables aceptó un compromiso, por lo que se vió muy superior á sus fuerzas. Por otra parte, el calor asfixiante que en el salón se sufría, la impaciencia por abandonarle y salir á respirar el aire libre, la infernal algarabía que en



puertas y ventanas producían los muchachos y la avanzada hora que el reloj implacable iba marcando, deslucieron por completo los discursos que los Sres. Llopis, representante del Escorial; Coca, de la prensa profesional madrileña; Renau, ex profeso venido desde Villamiel (Toledo); Ruiz de las Heras, el respetable magistrado D. Miguel Sáinz y no sé si alguno más, hubieron de pronunciar, y de que por las concausas enunciadas no puedo bien á mi pesar hacerme eco, temeroso de incurrir en inexactitudes.

Los sanitarios asistentes al acto, cuya lista el bondadoso y complaciente practicante municipal de Tetuán-Madrid, D. David Fernández Alvarez, me suministra, obligándome reconocido, fueron los siguientes: D. Eduardo González Sarrano (héroe de la jornada) y su hijo; Dr. Blanc, presidente del Colegio de Madrid; Dr. Palanca, inspector provincial de Sanidad; Dr. Coca, y reverendos sanitarios Sres. Cirajas, Carmona, Sagrario, Mompró, Hernández Calvo, Ruiz Heras, Ruiz Marcos, Madariaga, Sol Ortega, subdelegado y presidente de la Federación de San Martín de Valdeiglesias, Ugalde, García Gómez, Díaz Merry, Soria, Ortiz Villajas, Escalona Herrero, Ugalde Bañelas, López Malo, Capillos, Cortés, Llopis, Ramírez, Gómez Pombo, Pascual Martín, La Morena, Mansilla, Sergio Bascuas, Moreno de la Santa, Calvo, Perpignan, Agustín, Rubio Granada, Fernández Almiñana, Muñoz del Portillo, Rodríguez Montenegro, Gómez Porta, González, Aragonés, Adán, Renau, Bernabeu (J.), Bernabeu (H.), Blesa, López Delgado, Gonzalo Cepeda, Nispar, Miguel, Cid Botija, Castro Oliva, García Hernán, Prieto, García, Riera, Mayoral, Núñez, García Amaro, Folch, Martínez Gimeno (fotógrafo y farmacéutico), Albaladejo, hermanos Carbó, Gómez, Esteban, Orozco, Gandoy, Porcico, Amores, Colvera, Granados, Garcigelo y David Fernández Alvarez..., á todos los que, con el beneplácito del ilustre director de esta Revista, reconocido se ofrece para lo sucesivo su aún entusiasta, retirado y viejo compañero

SEDISAL

## Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

Por primera vez actúa en la Academia el Sr. Barajas encomiando las ventajas que se obtienen de la «Panitrina en el tratamiento de los ruidos subjetivos de oído de origen vascular» y demostrando, bien á las claras, la vasta cultura y competencia adquirida en la especialidad que cultiva. El señor Tapia le felicita, y aunque reconoce que la panitrina alivia los ruidos, duda mucho los haga desaparecer.

El Sr. Lafora desarrolla con toda amplitud el enunciado «Experimentación personal sobre la corea y atetosis» para cuya explicación proyecta, en inacabable desfile, el origen, punto de partida, localización y fenómenos reflejos que de los centros lesionados arrancan y se extienden.

Se ocupa el Sr. Rodríguez Pinilla de las Inclusas ó Casas Cunas á que califica de «Artilugios de la clandestinidad», y de ellos hace la implacable crítica y transformación que sus macabras estadísticas, defectuosa organización y punible funcionamiento actual exigen, si algún día ha de llegarse al bello ideal de su desaparición, ó operar en ellas la radical mudanza que bajo el triple aspecto higiénico, económico y social tan árduo problema abarca.

Presenta el Dr. Decref á la ligera al Dr. Spitzky, de Viena, que cortés saluda á la Academia, y á continuación lee unas cuantas cuartillas en que detalla la técnica empleada en la práctica de amputaciones cineplásticas y las condiciones en que han de quedar los muñones, de que se espera el máxi-

mum de garantías y rendimientos. Describe y presenta la diversidad de aparatos é ingeniosas combinaciones de piezas, muelles, ganchos, aros y tornillos de que, según los casos, se vale para dar á las prótesis condiciones de trabajo. Proyecta una abundante colección de modelos aplicables á la corrección de cada accidente, y presenta, por último dos casos, militar el uno, que con el brazo artificial ejecuta movimientos de extensión, flexión, abducción, etc., y paisano el otro, que con la ayuda del miembro mutilado maneja una escoba.

Reseña el Sr. Cardenal las distintas modalidades que el hermafroditismo como regla general de ordinario adopta, y presenta una mujer de veinticuatro años, hace cinco casada, con mamas desarrolladas, ausencia de vello en la cara, genitales externos, vagina inclusive, perfecta y normalmente constituidos, sensible al acto carnal con su marido, y con todas las características, en fin, psíquicas y somáticas propias del género femenino, y que á pesar de todo es varón, como lo prueba con el testículo extirpado que para su examen presenta. El Sr. Valle Aldabalde cree necesaria la comprobación de si en el órgano extirpado existen las células intersticiales que le caracterizan. El Sr. Cardenal contesta asegurando que existen en efecto, y muy acentuadas. Interviene el Sr. Maestre, haciendo constar que han establecido los norteamericanos la conclusión de que las hormonas son iguales en ambos sexos.

El Sr. Rodríguez Pinilla amplía y hace de lo dicho acerca de las Inclusas un resumen, á que desde distintos puntos de vista añaden pertinentes objeciones los Sres. Hernández Briz y González Alvarez.

Después de escuchar la disertación del Dr. Gandolfo acerca de la «Toracoplastia extrapleural», que en el lugar correspondiente citamos, de nuevo intervienen en la discusión del tema «En torno al torno» los Sres. González Alvarez, Mañueco y el mantenedor Rodríguez Pinilla.

Añade el Sr. Blanc Fortacin su juicio á los ya emitidos acerca de los «Quistes hidatídicos», recomendando tener siempre presentes la lactancia sintomática, el diagnóstico radiológico y las vías de introducción en el organismo.

El Sr. Márquez explica y comenta con proyecciones á la vista un caso de «Síndrome de Argyll Robertson», dejando bien demostrada su localización en el motor ocular común.

Actuó el Sr. Bastos presentando en desfile interminable á un gran número de mutilados de guerra, en que bien se aprecian los resultados obtenidos de las tumelizaciones, trasplantaciones, reeducación y acoplamiento que metódicamente emplea, con provecho evidente del individuo.

El Sr. Murillo da lectura á una detallada estadística que con la «Epidemiología de la neumonía crupal en España», se relaciona, y el Sr. Hergueta hace á ella algunas observaciones al felicitarle.

Lamenta el Sr. Criado Aguilar la ausencia del ponente del tema «Quistes hidatídicos», porque deseaba hacerle notar que el pulmón no tolera jamás su presencia y el hígado sí.

Presenta el Sr. Valle Aldabalde á un individuo que además de la rigidez, falta de expresión y seborrea de la cara, ofrece la particularidad de la repetida y rápida emisión de palabras cuando emocionado contesta alguna pregunta.

El Sr. Botella lee un copioso trabajo estadístico de «Supuraciones de oído con vegetaciones adenoideas» acerca de



las cuales, y de la técnica y posición que para operar emplea, hace algunas aclaraciones; añadiendo como final un resumen de 900 operados en que no se presentó complicación alguna.

Considera el Sr. Villaverde interesante el «Signo de Argyll Robertson» unilateral de que el Sr. Márquez se ocupó en sesión anterior, porque nunca observó caso alguno con tal carácter y le asalta la duda de si sería lúetico.

El Sr. Goyanes da á conocer con proyecciones un caso de «Licopodia» en mujer casada, de treinta y cinco años, sin familia, falta menstrual de siete meses y tumoración dura y movable, desde luego diagnosticada de embarazo extrauterino y feto muerto. El Sr. Vital Aza se extraña de que no se sospechara el embarazo y de que en tan poco tiempo la recalcificación se haya efectuado.

El Sr. Hernando en colaboración con el Sr. Sadí de Buen inicia la historia da un interesantísimo caso cuya exposición suspende por haber transcurrido las horas reglamentarias.

El Sr. Simonena da cuenta de un caso de «Síndrome parkinsoniano postencefálico con palilalia y síndrome linguo salival», con las inyecciones de cicutina á un  $\frac{1}{4}$  de miligramo tres veces en semana, curado. El Sr. Marañón le felicita, proponiéndose ensayar el procedimiento tan pronto se le presente ocasión.

El Sr. Martín Calderín presenta un recién operado por vía endonasal y prótesis de marfil que en la corrección de deformidad de nariz, con predilección emplea á todos los hasta aquí conocidos.

Se ocupa el Sr. Marañón de la «Lipodistrofia progresiva ó enfermedad de Barraquer», que considera de origen endocrino, y de justicia seguir llamándola así por haber sido este autor el primero que describió esta modalidad patológica.

El Sr. Valle Aldabalde explana y críticamente analiza el caso de «Síndrome extrapiramidal» que en sesión anterior presentara, merced á las duchas, bromuro potásico y sulfato de atropina, que desde la primer semana hizo ostensibles sus efectos.

«La gonococia en Ginecología como cruel regalo conyugal» intituló el Sr. Vital Aza á la tremenda catilinaria que lanzó sobre los culpables de que la alteración grave de la salud y la triste desesperante esterilidad vengan á truncar la felicidad del matrimonio; proponiendo para evitar esto que la Academia pida á los Poderes públicos disposiciones de protección contra estas desdichas. El Sr. Simonena aplaude y se asocia á la feliz iniciativa. El Sr. Recasens dice consta en sus programas el interés que á este asunto presta, y que con educación y costumbres, más que con leyes, podrá resolverse el problema en cuyo favor bueno es planear algo que sea eficaz. Recuerda el Sr. Maestre que hace tiempo informó en el sentido de que todo aspirante al matrimonio presentara espontáneamente su correspondiente certificado de Sanidad. Llama la atención el Sr. Espina hacia la relación que existe entre la gonococia y las manifestaciones tardías del endocardio y miocardio. El Sr. González Alvarez exhuma el proyecto de Ley que presentó al Senado y su reciente intervención en un mitin en que precisamente se ocupó de esto mismo. Atendiendo el señor presidente la plausible iniciativa tomada por el Sr. Vital Aza promete á éste estudiar el medio de atenderla.

El Sr. Espina da cuenta de un caso de «Glucosuria por emoción moral» fácilmente corregida por un régimen alimenticio apropiado con una ventaja en peso de ocho kilos.

El sábado 31 de Mayo celebró su última sesión literaria, actuando en ella el Sr. Simonena, para demostrar la posibilidad de la unilateralidad de la acromegalia, con proyecciones que precisan las diferencias existentes entre el pulgar é índice de la mano afecta y los de la sana. El señor Decref cita á mayor abundamiento un caso limitado al pulgar.

Se ocupa el Sr. Casadesús de los procedimientos hasta hoy puestos en juego para la corrección de la dacriocistitis, cuyos inconvenientes ha conseguido subsanar con la dacriorrinotomía endonasal en seis casos practicada con éxito según demuestran las proyecciones en que da perfecta idea de la técnica, tiempos y fases en que subdivide la ejecución.

Habla el Sr. Perera de «Las contraindicaciones de la helioterapia» considerando entre ellas como de más bulto: á las úlceras tórpidas consecutivas á quemaduras, flemón, absceso, panadizo, paludismo, manifestaciones sifilíticas, etc., y creyéndola favorable en el epitelioma, raquitismo, osteomalacia, tuberculosis, degeneraciones amiloideas, trayectos fistulosos una vez evacuado el contenido, y como de eficacia máxima en la peritonitis tuberculosa. Atribuye el Sr. Decref los deséxitos á la incompreensión, falta de método y pusilanimidad con que la helioterapia se emplea. Cita el señor Maestre en demostración de esta verdad lo que ocurre á los mineros cuyos glóbulos rojos disminuyen durante el trabajo en el interior de las minas y de manera sensible vuelven á aumentar cuando trabajan al sol y al aire libre.

Dice el Sr. Bravo Frías que la excesiva mortalidad de los niños de la Inclusa no es debida al erróneo concepto de inferioridad de condiciones de vitalidad como hijos que en su mayoría son del vicio, pues su aspecto y peso al nacer demuestran lo contrario; sino á la insuficiencia de nodrizas, poco esmero en el uso del biberón, alimentación mal ordenada y deficiente, falta de enfermeras debidamente capacitadas para su cuidado, enfermedades sépticas, etc.

Agotados los temas, y ya llegada la vacación reglamentaria, el presidente Dr. Cortezo declaró terminado el curso académico.

Hemos llegado al fin propuesto, dejando demostrado, y pudiendo deducir con sólidos fundamentos:

1.º Que la clase médica ha probado de manera concluyente su actividad y amor al trabajo, apareciendo á la cabeza de las demás profesiones en el movimiento cultural realizado en Madrid en el pasado curso; y

2.º Que de la Real Academia Nacional de Medicina surgieron, bajo distintos aspectos y formas, las mayores aportaciones al progreso y enaltecimiento de esta Ciencia.

SEDISAL.

## Sección oficial.

# GOBERNACIÓN

Dirección general de Sanidad.

CIRCULAR

Los gastos de combustible, entretenimiento y utensilios de embarcaciones y aparatos de desinfección de las Estaciones sanitarias de puertos, con cargo al capítulo 16, artículo 3.º, concepto 1.º, Sección 6.ª del Presupuesto vigente, así como los que ocasione la conservación y entretenimiento del material sanitario de las Estaciones sanitarias fronterizas con cargo al capítulo 16, artículo 3.º, concepto 3.º, de



igual Sección, durante el actual ejercicio económico se abonarán en la forma establecida para el año anterior, con arreglo a la siguiente distribución:

*Estaciones sanitarias de puertos.*—Aguilas, 1.500 pesetas; Algeciras, 1.500; Alicante, 1.600; Almería, 1.000; Avilés, 600; Barcelona, 7.500; Bilbao, 7.500; Cádiz, 6.500; Cartagena, 3.200; Castellón, 200; Ceuta, 2.500; Cornuá, 6.000; Ferrol, 500; Gijón, 3.450; Huelva, 4.500; Las Palmas, 6.000; Mahón, 6.500; Málaga, 2.000; Melilla, 3.500; Palma de Mallorca, 2.000; Parajes, 1.700; Puerto de la Cruz, 300; Sagunto, 500; San Esteban de Pravia, 750; San Sebastián, 700; Santa Cruz de la Palma, 200; Santa Cruz de Tenerife, 5.500; Santander, 3.000; Sevilla-Bonanza, 3.000; Tarragona, 1.000; Torrevieja, 500; Valencia, 6.000; Vigo, 8.500, y Villagarcía, 300.

*Estaciones sanitarias fronterizas.*—Port-Bou, 2.000; La Jonquera, 120; Canfranc, 120; Sallent, 120; Vera, 120; Irún, 2.000; Túy, 180; La Fregeneda, 180; Fuentes de Oforo, 180; Valencia de Alcántara, 820; Badajoz, 1.600; Ayamonte, 120, y La Línea de la Concepción, 440.

Los directores de Sanidad de puertos y fronteras remitirán a la Ordenación de Pagos de este Ministerio la correspondiente nómina para su abono, con cargo a los mencionados sección, capítulo, artículo y concepto, que cerrarán el día 20 de cada mes.

Dios guarde a V. S. muchos años. Madrid, 12 de Julio de 1924.—El director general, *Francisco Murillo*. (*Gaceta* del 15 de Julio de 1924.)

## GRACIA Y JUSTICIA

Se halla vacante en el Juzgado municipal del distrito de Chamberí, de Madrid, una plaza de médico propietario del Registro civil, que ha de proveerse por concurso de antigüedad y consiguiente lugar en el escalafón, entre todos los médicos propietarios del Registro civil de esta Corte, con arreglo al núm. 3.º de la Real orden de 27 de Julio de 1917.

Los aspirantes elevarán sus solicitudes al Ministerio de Gracia y Justicia, por conducto de esta Dirección general, dentro del plazo de ocho días naturales, á contar desde el siguiente á la publicación de esta convocatoria en la *Gaceta de Madrid*; advirtiéndose á los interesados que, con arreglo á la Real orden de 15 de Febrero de 1918, cada uno puede solicitar, no sólo la vacante anunciada, sino las que calcule que puedan resultar de la provisión de aquella y á consecuencia de las otras solicitudes, y en tal caso expresarán el orden de preferencia que otorgan á cada una de las que soliciten.

Madrid, 12 de Julio de 1924.—El jefe superior, *S. Carrasco y Sánchez*. (*Gaceta* del 1.º de Agosto de 1924.)

## ESTADO

### Subsecretaría.

#### SECCIÓN COLONIAL

Hallándose vacante la plaza de médico de la colonia de La Agütera (Sahara Occidental), dotada con el haber anual de 12.000 pesetas, y la plaza de médico para eventualidades del servicio sanitario de la expresada colonia y de la de Río de Oro, con residencia en este último punto, dotada también con el haber anual de 12.000 pesetas, se convoca á concurso para cubrir dichas plazas entre licenciados ó doctores en Medicina y Cirugía, tanto civiles como los pertenecientes á los Cuerpos de Sanidad militar y de la Armada.

Los concursantes deberán presentar en el Registro general de este Ministerio, de diez á catorce, durante un plazo

de treinta días hábiles, que empezarán á contarse desde el día siguiente al de la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, la documentación siguiente:

- 1.º Instancia dirigida al señor subsecretario, solicitando tomar parte en el concurso.
  - 2.º Cédula personal corriente.
  - 3.º Título de doctor ó licenciado en Medicina y Cirugía, ó testimonio notarial del mismo.
  - 4.º Certificación de buena conducta.
  - 5.º Certificación de carecer de antecedentes penales
  - 6.º Certificado de haber ejercido su profesión por tiempo mínimo de tres años, en partidos de importancia, hospitales civiles ó militares, clínicas, Casas de Socorro y cuantos otros méritos referentes á su profesión puedan aducir.
- Madrid, 26 de Julio de 1924.—El subsecretario, *F. Espinosa de los Monteros*. (*Gaceta* del 2 de Agosto de 1924.)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,2; ídem mínima, 704,1; temperatura máxima, 32º,6; ídem mínima, 20º,2; vientos dominantes, NE.

Los catarros intestinales por indigestión é ingestión de bebidas heladas; las fiebres de índole infecciosa benigna y las congestiones activas de los centros nerviosos, se han presentado con frecuencia en la última semana. También continúan las exacerbaciones de las dermatosis artríticas y de otras diátesis.

En los niños predominan los catarros intestinales, particularmente en la época del destete.

## Crónicas.

**Suum cuique.**—Llamamos la atención de nuestro colega *Medicina Ibero* acerca del modo poco equitativo con que da cuenta en sus resúmenes de Prensa española, de las publicaciones de sus colegas, por lo menos en lo que á nosotros toca:

Vaya un ejemplo: Dice que en el número 3 682 de nuestro periódico se publican como trabajos originales: «*La Dermoterapia en la tuberculosis*», por *A. Wolff Eisner*, y en ese número, para no ir más lejos, publicábamos los trabajos originales siguientes: «*La Dermoterapia de la tuberculosis*», por *A. Wolff-Eisner*, Privat docent de la Universidad de Berlín; «*La Psiquiatría moderna de las ideas de Bleuler*», por *José María de Villaverde*; «*La lucha antituberculosa en España*», por *Ramón Villegas*; «*El equilibrio funcional de la innervación esplánica*», por el *Dr. G. R. Gonzalo*, y no añadimos la conferencia de *D. Obdulio Fernández*, aunque veía la luz por primera vez en nuestro periódico. Quiere decir, que en la enumeración de trabajos originales, se come el bultico colega cuatro de los cinco que publicamos. Y no cabe decir que sea porque menosprecie los cuatro ingeridos, pues no la creemos capaz de tan injusta desatención con los señores Villaverde, Villegas, Gonzalo y Fernández.

**Forensias.**—En los Juzgados de primera instancia de Escalona, San Clemente y Grazelema, se hallan vacantes, por promoción de los que las desempeñaban, las plazas de médico forense y de la prisión preventiva, de categoría de entrada, que debe proveerse por concurso entre los forenses sustitutos de todas las categorías con nombramiento anterior al Real decreto de 12 de Abril de 1915, conforme á lo prevenido en el art. 4.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias á los presidentes de las Audiencias territoriales de Madrid, Albacete y Sevilla, respectivamente, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*. (*Gaceta* del 26 de Julio.)

**Diez casos de fiebre tifoidea.**—En el Gobierno civil de esta corte facilitaron el día 1.º la siguiente nota oficial:



«En el pasado mes de Junio se presentaron en la Colonia Benéfica del Trabajo, dependiente de este Gobierno civil, diez casos de fiebre tifoidea, diagnosticados y asistidos en el Hospital General de esta corte. Con este motivo se practicó una información en la citada Colonia, que dió por resultado el conocimiento de que las causas de la enfermedad residían en la falta de alcantarillado y en la contaminación del agua de la fuente de la Teja, que surtía á la Colonia Benéfica y á la población de los alrededores.

En vista de ello, y previo acuerdo con la Alcaldía presidencial, con el arquitecto Sr. Alvarez Naya y el Sr. García Molinas, presidente de la Asociación Matritense de Caridad, se procedió á ordenar la colocación de una tubería para alcantarillado de unos 50 metros próximamente de longitud, la colocación de otra tubería para caída de agua desde el puente de la Princesa, prestándose los obreros de la Colonia gratuitamente á trabajar en dichas obras, costeando el Sr. García Molinas la tubería para agua y donando el Ayuntamiento una tubería de gres que había sobrado del Asilo de la Paloma, y prestándose el Sr. Alvarez Naya á a dirección técnica de las obras. Estas son las obras que se ha ordenado se lleven á efecto en la Colonia del Trabajo, cuyo presupuesto, por ser ejecutadas por los asilados de la Colonia y dirigidas por una cuadrilla municipal, podemos desde luego adelantar que no corresponde á la exagerada cifra publicada en la Prensa.»

**Inspección provincial de Sanidad.**—Como resultado del último concurso celebrado entre los señores subdelegados de Medicina de Madrid, el Dr. D. Santiago Carro, con domicilio en la calle de Atocha, 32, ha pasado á desempeñar la Subdelegación del distrito de la Universidad, y el doctor Mario S. Taboada, con domicilio en la calle de Hortaleza, 67, á la de la Latina, interin se cubra la vacante anunciada en Real orden de 25 de Julio.

**Una proposición del Sr. Latorre que interesa á la clase.**—D. Gonzalo Latorre, concejal del Ayuntamiento de Madrid, ha presentado una proposición que á continuación publicamos sin ningún comentario:

«Los concejales que suscriben entienden que no existe razón alguna para que los consultorios de los médicos estén sometidos al impuesto de Inquilinato.

En primer término, tal habitación, que suele ser la mejor de la casa, es el lugar donde los médicos ejercen la parte que puede considerarse industrial de su profesión; y en segundo lugar, la misión humanitaria que en ese recinto desempeña el médico hacen que deba merecer la excepción que se solicita.

Debe tenerse presente, además, que hoy el médico moderno tiene instalados en su domicilio, aparte del despacho ó sala de consultas, laboratorios de distinta naturaleza, que nunca podrán ser clasificados, apropiada y justamente, como parte habitable de los mencionados domicilios, sino como recintos aplicables á la parte industrial de su carrera.

Por tales consideraciones, los concejales que suscriben tienen el honor de proponer al Concejo se sirva acordar la siguiente modificación á la tarifa que rige el impuesto de Inquilinato:

El arbitrio á pagar por todos los médicos que manifestamente ejerzan su carrera, será rebajado en un 50 por 100 del que actualmente abonan.»

**Donativos.**—Los últimos recibidos en esta Administración, con destino al Colegio de Huérfanos del Príncipe de Asturias, han sido: D. Rafael Nevado Requena, 10 pesetas; D. Julián Alvarez Miranda, 5; D. Germán García Carrasco, por una Geografía del Dr. Hauser, 30; D. Manuel de la Vega de la Hoz, 15, y cinco volantes de certificaciones; D. Paulino Gutiérrez Vadillo, por mediación del Colegio de Médicos de Badajoz, 50; D. Emiliano García Berceuelo, 10.

**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.

**Excipiente inerte.**—Muchos piensan que el oído es el sentido que está libre de venenos, pues se engañan.

(Zabaleta.)

Cuando se rompen sólo á medias las ligaduras que hacen llevar á un cuerpo por otro, lo que se consigue es que ambos pierdan el equilibrio y resulte arrastrado sin decoro lo que era conducido con seguridad. Lo mismo sucede con las ideas y lo mismo con los hombres entre sí. Los vínculos ó se cortan del todo cuando estorban ó se fortifican y perfeccionan cuando son útiles.

(Ieh.)

## BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.



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

## SOLUCION BENEDICTO

Glicerol-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, cistitis, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

**NIÑOS. — FIEBRES PALUDICAS, GASTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTITION, GRIPALES,** después del brote en las **ERUPTIVAS**, estados febriles de las **NEUMONIAS, BRONQUITIS** y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

### Quininfantina Delgado Ronco.

Papeles á base de etilcarbonato de quinina, valorado su alcaloide (quinina), permitiendo dosificación exacta, no irrita el tubo digestivo, y de sabor agradable. Más eficaz que los supositorios y enemas que provocan deposiciones y las pomadas de difícil absorción.

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

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