

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

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

REDACTORES:

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

J. BLANC Y FORTACÍN
Del Hospital de la Princesa.

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

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

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

L. ELIZAGARAY
Del Hospital General de Madrid.

A. ESPINA Y CAPO
Académico de la Real de Medicina.

A. FERNÁNDEZ
Ex-interno de la Facultad y Hospitales.

F. LÓPEZ PRIETO
Ex-Médico Titular.

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

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.

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

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

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

C. JUARROS
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.

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

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.

J. M. DE VILLAVEVERDE
Del Real Hospital del Buen Suceso.
Del Instituto Cajal.

R. DEL VALLE y ALDABALDE
Del Hospital General.

Redactor Jurídico: **A. CORTEZO COLLANTES**

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Impresión clínica. ¿Debe el médico práctico emplear el fórceps de Kielland?, por el Dr. Vital Aza. — Mi práctica de veinte años sobre el carbunco. Contribución á su estudio, por Pedro Muñoz Palop. — La enseñanza de la Medicina en España, por Howard R. Marraro, A. B. — Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía, por el Dr. Barrio de Medina. — Bibliografía, por el Dr. Emilio Luengo. — Periódicos médicos.

IMPRESIÓN CLÍNICA

¿Debe el médico práctico emplear el fórceps de Kielland?

POR EL

DR. VITAL AZA (de Madrid)

Estas páginas, que para el médico general van escritas, no estarían justificadas si no estuviéramos bien convencidos del afán de instrucción, del ansia de cultura que tienen un gran número de médicos rurales, poniendo por encima del *medio prosaico* en que viven la antorcha encendida del estudio, que con grandes esfuerzos saben elevar, hasta remontarla por encima de la atmósfera hostil que les envuelve.

Son, por fortuna, muchos los médicos de pueblo que siguen el movimiento científico mundial por la lectura asidua de periódicos y revistas profesionales (¡Dios sabe con cuántas dificultades adquiridas!), de cuyas páginas han de sacar, acaso, orientaciones nuevas con que caminar por los senderos penosos de una terapéutica impotente ó de un diagnóstico confuso, lanzándose valerosos á ejecutar por vez primera aquello que acabaron de leer en un documentado artículo, con el aval fatigoso de docenas de notas bibliográficas y la comprobación rotunda de estadísticas numerosas.

¿Qué responsabilidad más grande la de quienes, al aconsejar un nuevo método terapéutico ó una novísima maniobra operatoria, escamotean habilidosos —para no aminorar el efecto sugestivo de sus palabras— tal dificultad de técnica ó tal posible contingencia peligrosa, si consideran que los que, honrándoles con su ciega confianza de nobles discípulos, llevan á la práctica sus consejos, han de ejecutar lo que ellos predicán, en la soledad angustiosa de un pueblo, sin compartir con nadie la responsabilidad de sus actos, con pocos recursos instrumentales... y con la hosca indiferencia ó el antipático recelo, de quienes serán siempre jueces severos de los fracasos ó indiferentes espectadores de los éxitos... que á todo..., menos á la cultura y talento del médico, han de atribuir!

Tratando sólo de entibiar un poco los entusiasmos de los médicos, por los éxitos conseguidos (... ó, por lo menos, publicados) con el fórceps de Kielland, que ha venido á revolucionar todo lo que hasta hace poco se tenía como axiomático en Obstetricia, escribimos este artículo, con la pobre experiencia personal que acerca del asunto tenemos y con la pequeña autoridad que una docena de años de ejercicio de la especialidad pueden prestar á nuestras palabras.

Desde hace algún tiempo, quizás dos años, se multiplican en revistas profesionales, los artículos encomiásticos, acerca del empleo del fórceps de Kielland, y

los periódicos españoles, en su sección de *Revista de Revistas*, han publicado una y otra vez extractos bibliográficos acerca del nuevo fórceps.

Como son además muchos los médicos generales que traducen alemán, ó en el propio manantial, los que poseen ese idioma, ó en múltiples y frecuentes resúmenes bibliográficos en periódicos españoles los que no lo conozcan, no habrá seguramente ningún médico de pueblo, de los enamorados de su profesión, que no conozca *teóricamente* el nuevo fórceps, y que no esté dispuesto tal vez á enriquecer con él su modesto instrumental obstétrico. Con el ánimo de hacerle meditar un momento antes de decidirse á empuñarlo, nos permitiremos hacer algunas consideraciones teóricas, reforzadas con los datos que de su empleo práctico podemos deducir.

Siempre se ha dicho en Obstetricia, que para hacer una correcta aplicación de fórceps, eran necesarias las siguientes condiciones: 1.^a, bolsa amniótica rota; 2.^a, cuello uterino desaparecido, con orificio dilatado al máximo, ó fácilmente dilatado; 3.^a, cabeza fetal encajada en la pelvis, para que pudiera ser apresada por las cucharas del fórceps.

Como peligrosas se tenían las aplicaciones de fórceps en cabeza movable, *peloteando* por encima del estrecho superior de la pelvis, *aunque en el momento de la aplicación fuera la cabeza fetal fijada* por las manos de un ayudante, y por expuestas á grandes peligros, se juzgaban, las aplicaciones de fórceps, hechas con dilatación uterina, incompleta, pues se ocasionaban casi fatalmente desgarros del segmento uterino inferior, graves en ocasiones, mortales á veces, si alcanzaban alguna extensión, y difíciles siempre de restaurar.

Cuando el médico práctico se encontraba ante una parturiente, con presentación cefálica NO ENCAJADA, si el *feto estaba vivo*, se le aconsejaba hiciera intentos ó manuales, ó con posiciones determinadas de la embarazada, para facilitar el encajamiento fetal, y que si no lo lograba, hiciera—siempre con dilatación completa—una versión por maniobras internas (combinada) con lo que se lograba el más fácil encajamiento de la cabeza fetal, al entrar ésta en la pelvis por su base, y no por su bóveda. (Recuérdese que un tocólogo norteamericano preconiza sistemáticamente la versión, en todos los partos, para terminar éstos rápidamente, y lograr mayor viabilidad fetal, al encajarse siempre la cabeza por la base, y no por la bóveda craneana. Lejos estamos, claro es, de compartir este criterio, erróneo como todo lo que es sistemático en Medicina.)

Hasta en ese caso supuesto, de presentación cefálica sin encajar, con feto vivo, se le aconsejaba *siempre con restricciones*, y como terrible arma de dos filos al práctico, la inyección de pituitrina, que al reforzar las contracciones, lograba á veces el encajamiento fetal: son muchos los casos en que así sucedía. Pero lo que hasta ahora nadie se había atrevido á recomendar al médico, era que practicara una aplicación de fórceps, tratando de *pesca*r la cabeza fetal, que *escapa* á las cucharas del fórceps, como un balón suspendido de un hilo, y del que tirásemos para hacer rabiar á un niño,

cuyas manos se tenderían hacia él anhelantes, logrando tocar su superficie, pero no apresarlo.

Los severos juicios que merecía quien aplicaba el fórceps en esas condiciones, se acentuaban si la operación se realizaba antes de conseguirse la dilatación uterina suficiente.

Si el feto estaba muerto, la basiotripsia resolvía el problema, y si éste se ofrecía—estando el feto vivo—en ambiente obstétrico favorable (ayudantes, material aséptico, etc.), cualquier operación de Cirugía obstétrica podría ejecutarse... pero entonces surge ya el especialista, y no es á éste, sino al médico pueblerino, á quien dirigimos este artículo.

Y este modo de enjuiciar al que de tal modo procedía al aplicar el fórceps, subsistía, á pesar de conocer algunos casos en que se extraía un feto vivo, sin lesión grave de la madre, habiendo hecho una de esas terribles aplicaciones de «fórceps alto». Eran excepciones... que confirmaban la regla general, como lo son también los casos de extracción manual de placenta inserta en útero que no van seguidos de infección puerperal, y, ya que como ejemplo hablamos de esto, diremos también, para completar el paralelismo, que así como hay muchos que creen poder desmentir la gravedad del alumbramiento artificial, abrumándonos con estadísticas de casos clínicos en que nada patológico ocurrió en el puerperio... y tal vez la placenta fué sacada sí, con la mano de los genitales femeninos... pero cuando había caído ya á la vagina, así también muchos de los casos llamados de aplicación alta de fórceps, de extracción cefálica, por encima del estrecho superior con... feto vivo y madre sana, no eran más que jactanciosas presunciones, de quienes eran tan fatuamente vanidosos, que ponían su orgullo... en lo que, de ser cierto, sería su descrédito y equivaldría á la patente de su insolvencia científica.

Siendo, como dejamos dicho, esas las orientaciones clínicas que en Obstetricia había, júzguese cuál había de ser la extrañeza y el asombro que la comunicación de Kielland á la Sociedad Obstétrica de Munich, en Mayo de 1915, había de causar al presentar un instrumento por él ideado, hecho para poder realizar aplicaciones de fórceps EN CABEZAS FETALES SIN ENCAJAR, y con dilataciones UTERINAS INCOMPLETAS.

Los años de guerra europea cubrieron con su trágico telón todo el movimiento científico, y á ello se debió que el invento de Kielland ideado con el fin altruista de arrebatar vidas fetales á la muerte, de evitar á las madres accidentes mortales, no tuviera la favorable acogida que debiera, pues aparecía cuando el mundo entero se aprestaba á acrecentar sus medios de destrucción, á descubrir nuevas armas mortíferas, á idear más crueles medidas para luchar suicidamente, y mal podían interesar lo que no fueran nuevas fórmulas de gases asfixiantes ó atrevidos modelos de monstruosos tanques.

En años sucesivos, en los que corren después de la paz, la literatura científica alemana en el campo obstétrico se enriquece con numerosísimos trabajos sobre el fórceps de Kielland, con juicios adversos sobre su em-

pleo, con calurosos elogios por su uso, y juicios y comentarios escapan por libros y folletos de otros países, llegan profusamente á España, que tanto se nutre médicamente de Alemania, alcanzan á Inglaterra..., pero no logran penetrar en Francia, que acaso sólo con la pluma de Poincaré firmó en Versalles la paz con Alemania..., sin rubricarla con el corazón de quienes fueron y serán siempre sus enemigos. Hasta hace apenas unos meses en que aparece en *Revue de Gynecologie et Obstetrique* un artículo sobre el asunto, la literatura obstétrica francesa *no se ha ocupado una sola vez* del fórceps de Kielland, tan audazmente demoledor de todos los conceptos clásicos en Obstetricia.

Caracterizan al fórceps de Kielland los siguientes datos: 1.º, la curvatura pelviana de sus cucharas es *casi nula* (análoga á la del basiotribo Tornier); 2.º, por el contrario, la curvatura cefálica es análoga á la de los otros fórceps; 3.º, la articulación de las dos ramas—merced á un sencillísimo dispositivo,—se hace de una manera tal, que pueden deslizarse, una sobre otra, siguiendo el eje longitudinal del instrumento, que no lleva ningún dispositivo especial para asegurar su cierre.

Consecuente con su fundamento teórico que ha venido á destruir todas las normas clásicas, también la técnica del manejo del Kielland es *revolucionaria*, pues si siempre en los fórceps corrientes se introducía primero la cuchara que iba á ser posterior en el fórceps de Kielland es la *cuchara anterior* la primera que se introduce. Y ello se hace deslizándola horizontalmente, de manera que la superficie cóncava de la curvatura cefálica mire á la sínfisis púbica, y haciendo que en cuanto guiada por los dedos que separan el borde anterior del cuello uterino, haya penetrado en cavidad de matriz, se imprima á su mango un movimiento de rotación de 180º, para que la concavidad de la cuchara se aplique á la cabeza fetal.

Se aplica luego la segunda cuchara, separando con dos dedos el borde posterior del cuello uterino, orientándola hacia el lado en que se encuentra la primera, con la cual se articulará aun cuando no hayan quedado simétricas, pues ello constituye otra característica del Kielland.

Las ventajas que el nuevo fórceps ofrece para sus partidarios son: que la presa de la cabeza fetal, cualquiera que sea la posición de ella, se hace siempre, según el diámetro biparietal—el de elección—no traumatizando al feto por su aplicación exacta sobre la cabeza; y que siendo necesaria poca fuerza para extraer el feto, se producen menos lesiones en el organismo de la madre.

De la técnica de su empleo, se deduce fácilmente un peligro: el que ofrece hacer rotar, dentro de la cavidad de matriz, *posiblemente distendida*, la cuchara anterior del fórceps, con grave riesgo de ruptura uterina, y lo peligroso que ha de resultar intentar... y lograr, extraer un feto, con una dilatación uterina insuficiente.

Respecto al feto, se han registrado varios casos de desgarro de cordón umbilical al colocar la cuchara anterior, y algunos otros de hematoma, y hasta de hemorragia intracraneana.

La mortalidad materna se hace llegar hasta el 5 por 100, y esa cifra, ó algo mayor, es la de los fetos.

Que vea, pues, el médico general cómo el fórceps de Kielland no es el «juguete» obstétrico, que sus apasionados piensan, ni resulta inocuo su empleo. Es, además, técnicamente difícil (al menos lo fué para nuestra torpeza), y su utilización debe quedar reservada, por ahora, para el especialista, y el ambiente quirúrgico de los grandes clínicos.

Los dos únicos casos en que hasta el momento lo hemos utilizado, no han sido de los que rigurosamente hubieran podido poner á prueba su eficacia, pues ni la cabeza estaba peloteando sobre la pelvis, ni la dilatación uterina era incompleta. Fueron casos en los que hubiera sido posible una aplicación de fórceps clásico... y si acudimos al de Kielland, fué más que por nada, por familiarizarnos con su técnica.

Ya hemos dicho que no nos resultó tan fácil como habíamos leído, aunque sí hemos de confesar que en uno de los casos—presentación derecha posterior, multipara—nos sorprendió agradablemente la relativa sencillez con que rotó la cabeza fetal, aunque luego la extracción—sin cambiar la presa—fué algo laboriosa. Ambos casos tuvieron puerperios fisiológicos, y los dos niños nacieron vivos.—Pero repetimos, que la introducción de las cucharas no nos fué tan sencilla como los apolo-gistas del Kielland afirman.—Claro, que si la cabeza fetal está encajada por completo y fácilmente asequible puede utilizarse también el fórceps de Kielland, pero manejándole ya como un fórceps ordinario, es decir, introduciendo la primera, la cuchara posterior.

De sobra sabemos que dos casos clínicos (y no de los elegidos), no autorizan deducciones prácticas, pero sí permiten poder derivar de ellos una impresión clínica que es lo que hemos tratado de transmitir á nuestros lectores: además, al ser todo nuestro material de la clínica privada, ha de ser siempre escaso el número de veces en que tengamos que utilizarlo, y mucho más si tenemos en cuenta la escasez de indicaciones que para la terminación instrumental del parto, acertamos nosotros á descubrir, manejando con prudente discreción la pituitrina, y no teniendo empeño en terminar los partos á hora fija.

Ya en otro escrito nuestro, glosando un caso clínico de una terciopara, que en sus dos primeros partos, con cabeza fetal ya en la vulva, fué operada de fórceps, por un distinguido tocólogo y parió felizmente, de modo espontáneo, un feto de 4 200 gramos, cuando pacientemente la asistimos nosotros en su tercer parto, nos ocupábamos de esta prodigalidad que hacen muchos especialistas, de las aplicaciones de fórceps, y nos atrevíamos á dar, para evitarlas, cierta medida deontológica de profilaxis moral, que ahora más convencidos, repetimos. Las aplicaciones de fórceps disminuirán notablemente el día en que la minuta del tocólogo (todo lo crecida que se quiera, eso sí) no aumente, cuando se requiera intervención operatoria...

Disculpará también el que sólo, sobre la experiencia de dos casos clínicos, hayamos creído poder tener base para aconsejar al médico general que siga siendo

clásico en las indicaciones y técnica del fórceps, el considerar, como donosamente hace el autor que en la *Revue de Gynecologie* escribe sobre el fórceps de Kielland, que muchos de los que le impugnan... no lo han empleado jamás, y que alguno de ellos (Fehling) le dirige una enérgica diatriba... y habla en su manejo, «de la tercera cuchara...!!»

Graciosa contrafigura de este tocólogo extranjero que tantas cucharas de fórceps utiliza, formaría un viejo especialista de nuestro país, que prodigando tanto las aplicaciones de fórceps, y haciéndolas muchas veces por cualquier finalidad... menos por precisión obstétrica, llegó en cierta ocasión al lado de una parturiente, á la que determinó operar, con tal urgente indicación, que antes de que pudiera colocar la segunda cuchara del fórceps, salía felizmente un robusto niño. Entre alegre, asustado y perplejo, acercóse el marido de la parturiente al tocólogo, que afanosamente recogía su instrumental, y felicitándole por el admirable y ultrarrápido resultado conseguido, le dijo humildemente: «Admirable, doctor; le felicito, pero—disculpe mi ignorancia—yo tenía entendido que para sacar un niño con fórceps hacía falta meter las dos cucharas». A lo que respondió el tocólogo con gracioso desenfado: «Así lo hacen los principiantes, á los maestros nos basta con una...!!»

UNIVERSIDAD CENTRAL

Mi práctica de veinte años sobre el carbunco.—Contribución á su estudio

Tesis que presenta para aspirar al grado de doctor en Medicina y Cirugía el alumno

PEDRO MUÑOZ PALOP

Curso de 1923-1924.

I

GENERALIDADES

La población donde ejercemos, ofrenda anualmente al carbunco algunas víctimas. Es enfermedad que el público conoce con el nombre de *mal grano*; sabe que debe establecerse rápidamente el diagnóstico, y combatirla con presteza y energía para evitar su extensión y el horroroso cuadro de la muerte con todos los síntomas de una infección generalizada. Son muchos los casos en que se presenta el paciente con el diagnóstico hecho y son muchos más aquéllos en que cualquier proceso de la piel con edema y color moreno lo confunden con la pústula maligna, reclamando el tratamiento que por referencias saben es eficaz. Este es un momento de grave responsabilidad para el médico; se le exige un dictamen preciso, y, sobre todo, un pronóstico favorable ó adverso. Una sola equivocación en población pequeña donde todos se conocen, y el caso aquél constituye el tema de actualidad, basta para el desprestigio y para tener que abandonar el partido después de mil disgustos y peligros.

Es muy frecuente el hecho de salir de la Facultad sin haber visto ningún enfermo de carbuncosis, por ser más propia de países montañosos donde abunda el ganado vacuno, lanar ó cabrío, darse en personas de ínfima categoría social y económica, habitantes en comarcas con deficientes

medios de comunicación y requerir un tratamiento de urgencia que todo médico debe practicar en el acto mismo de la primer visita.

De estas consideraciones preliminares se deduce la importancia que tiene el conocimiento de la pústula maligna para la mayor parte de los médicos rurales.

Efecto de la diferente localización y manifestaciones morbosas que produce el *bacillus anthracis* ó bacteria carbuncosa, agente causante de la enfermedad, se la denomina en el hombre: pústula maligna, si asienta en la piel; edema maligno, cuando se halla en párpado, lengua ó en la piel, pero con caracteres especiales de malignidad. Cuando el punto de partida es la mucosa intestinal se la llama micosis intestinal, y pulmonar cuando arranca de los pulmones. No deben emplearse otras subdivisiones, ni hablar de «enfermedades de los traperos» y de los «cardadores de lana» por ser sumamente raro que estos individuos padezcan la enfermedad que estudiamos. Nosotros estamos en constante comunicación con obreros que trabajan la lana, y en muchos años de observación nunca tuvimos ocasión de tratar enfermos de micosis bronquial ó pulmonar.

Vamos á ocuparnos preferentemente de la pústula maligna, única manifestación que hemos tratado. Si á nuestra estadística nos refiriéramos, tendríamos que aceptar las demás formas como excepcionales ó admitir que en otros países y regiones presenta más variaciones de localización. Ahora bien; siendo enfermedad conocida desde siglos (hay quien afirma que produjo la quinta plaga que sufrieron los egipcios) y abundantísima la literatura existente, nada de extraño tiene que se hable de pequeñas epidemias locales como las citadas por Budler, Carlos Unter, Jamvel y Nicolay, junto con las experiencias llevadas á efecto en los animales por Perroncito, refiriéndose á la forma intestinal. Son muy opuestas las opiniones respecto al papel del aire como vehículo portador de gérmenes ó esporos á los pulmones, hecho ardientemente negado por Bourguet. Estas formas son difícilísimas de diagnosticar y cabe la posibilidad de un error diagnóstico cuando se trata de un caso aislado y de curso parecido á un envenenamiento, botulismo ó pulmonía. Nosotros podemos asegurar que no hemos tenido nunca enfermos con los síntomas asignados al carbunco interno.

II

SÍNTESIS HISTÓRICA

El desconocimiento absoluto que existió en los primeros tiempos de la Medicina, de la etiología y patogenia, las doctrinas empíricas de Galeno, tantos siglos en boga, durante los cuales progresó muy poco nuestra ciencia por faltarle conocimientos de Anatomía y Fisiología y no haber ni siquiera esbozos de Bacteriología, hizo que la confusión reinase en la enfermedad que estudiamos, dándole nombres muy diversos, agrupándola con otras de síndrome parecido y la confundieran con el ectima, forúnculo, antrax, picaduras de insectos y con toda lesión cutánea en la que aparecía escara y gangrena.

En la Edad Media, llamada por los historiadores la eterna noche de la Medicina, siguió siendo tema favorito de médicos y veterinarios por producir grandes estragos en los ganados y numerosas defunciones en la especie humana. Los trabajos de Pablo de Egina, Guido de Chauliac y tantos otros verdaderos recopiladores y comentadores exentos de originalidad y de descubrimientos, nada aportaron á la ciencia para su esclarecimiento, siendo preciso salvar muchos siglos y llegar á la época en que Enaux, Chaussier y Chabert (1) describen las afecciones carbuncuales y la pústula maligna con caracteres similares á los de nuestro tiempo

gracias al aliento y estímulo recibido de la Academia de Dijon (1780), que premió en concurso público el trabajo presentado por los dos primeros autores citados.

Pasando por alto todos los escritos que dimanaron del estudio hecho por Chabert en su obra publicada en el año 1780, en los cuales se hacía crítica negativa, basando la argumentación en hipótesis y en la aplicación de los conocimientos adquiridos por la observación clínica, exenta del control etiológico, llegamos al descubrimiento en la sangre de la bacteridia por Davaine y Rayer, hecho acaecido en el año 1850 y confirmado en 1855 por Pollender. A raíz del hallazgo citado, empieza una nueva era de investigaciones; son muchos los observadores que confirman la presencia de esta bacteria en la sangre y en los tejidos afectados, pero faltaba un genio que supiera sacar enseñanzas, que ampliara aquella concepción sin enlace y sin sucesión creadora para dar á luz sobre esta base á una nueva ciencia: la Bacteriología, creada por Pasteur.

A él se debe su cultivo y el esclarecimiento de la primera enfermedad infecciosa estudiada experimentalmente en el laboratorio (2), y á Koch el descubrimiento de los esporos. Desde esta época se ha intensificado el estudio de esta materia, pero es tan reciente, que toda se halla esparcida en los diversos capítulos de este trabajo.

III

BACTERIOLOGÍA

Pasteur y Koch con sus experiencias y descubrimientos aclararon y sentaron sobre bases, por ahora inmovibles, la biología del microbio. Dedicaron muchos trabajos á este estudio; durante largo número de años estuvieron discutiendo diversos aspectos del problema, unidos y apoyados por otros investigadores, entre ellos Oemler, Gibier, Perroncito, Frich, Bouley, Bert, Arloing, Cornevin, Thomas, Colin, Delafond, Roux, Chamberland, Behring, etc.

Con haber sido tan importante el descubrimiento de la bacteria carbuncosa, aportación tal vez no igualada por ninguna otra, dada la época en que tuvo lugar y porque sirvió de punto de partida al inmenso caudal de conocimientos que hoy poseemos en bacteriología, aún quedan grandes lagunas por llenar, no imputables ciertamente á ella, sino á la ciencia que busca desentrañar la bioquímica de estos seres microscópicos.

El bacillus anthracis es recto, cilíndrico, con las extremidades cortadas en ángulo recto, suelto, en cadeneta ó con aspecto filamentosos. Se reproduce por escisiparidad y por esporulación; mide de cinco á veinte micras, por una á una y media de ancho; cabe decir que es una bacteria gigante (3). Es inmóvil, aerobio, se colorea por las soluciones básicas de anilina (4). Gram, Behring, etc.

En ciertos medios de cultivo tiene lugar la formación de esporos, esferitas refrigerantes, difícilmente coloreables; forma muy resistente y á la que se debe el contagio en gran número de casos, pues esparcidos por la tierra y hierbas, dura su acción patógena muchos años. Los esporos una vez colocados en otras condiciones más favorables vuelven á reproducirse por partición transversal. En la sangre y tejidos no se encuentran esporos por ser la aerobiosis condición precisa para su aparición; en los medios de cultivo se forman rápidamente, sobre todo á temperaturas de 20° á 36° y de preferencia en la superficie de los mismos, donde les es más fácil tomar oxígeno.

Las temperaturas superiores á 44°, y las inferiores á 19° impiden el desarrollo de la bacteria, pero continúa viva y puede crear razas asporígenas y atenuadas. Los antisépticos actúan desfavorablemente sobre el bacilo y esporos, pero

éstos resisten mucho más que aquellos todas las acciones que obran contra su vitalidad, por ejemplo, 107° y 120° de calor húmedo ó seco.

Se cultivan fácilmente en caldo, patata, gelatina, gelosa, leche, etc., produciendo colonias características, de todos conocidas. Los cultivos filtrados ó matados por el calor son poco ó nada tóxicos. Las aves son refractarias al carbunco, hecho comprobado por Pasteur y Gibier en los experimentos que practicaron en gallinas á las cuales se les hizo descender la temperatura para conseguir que enfermaran, previa la inoculación del bacilo anthracis. Los animales de sangre fría también son refractarios. Igualmente lo son la rata blanca y el perro, y fundado en esta propiedad Ogata y Behring usaron suero sanguíneo del perro para el tratamiento en el hombre.

Tanto el proceso necrosante local como la reacción general del organismo provocador cuando el agente llega á la sangre, no ha sido bien explicada. Está fuera de duda que es la bacteria la causante de aquellas alteraciones. Discrepan los autores en cuanto á la manera como actúa; para Corradi obra por su acción fuertemente aerobia, sustrayendo el oxígeno de los tejidos y provocando necrobiosis. La mayoría hace depender su poder patógeno de la secreción específica de toxinas, teoría hoy aceptada para comprender la patogenia de casi todas las enfermedades microbianas, si bien es relativamente escaso lo que se conoce de la naturaleza de las toxinas. Siguiendo la orientación marcada por Marmier y los trabajos de Boidin (5) parece ser que existe una endotoxina que inyectada á los animales produce un edema local parecido al edema maligno. Si pretendemos ahora pasar más adelante, estudiando no ya esta endotoxina, sino las toxinas en general (6), bien extraprotoplasmáticas, bien intraprotoplasmáticas, nos hallaremos con interesantes aspectos del problema enfocados bajo diversos puntos de vista, pero sin llegar al esclarecimiento total. Contentémonos, pues, con saber que á estos venenos microbianos se debe el cuadro morbo de la enfermedad y la muerte del ser afectado, teniendo en cuenta que este trabajo nuestro es fundamentalmente clínico y terapéutico.

IV

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Del mismo modo que dividimos la enfermedad, para su estudio, en dos períodos, uno local y otro general, vamos á describir las lesiones que existen en los tegumentos y luego los que se aprecian en el resto del organismo.

Los actuales tratamientos comienzan por canterizar la pústula, destruyendo aquellos tejidos enfermos é impidiendo su examen histológico; pero cuando el principal medio terapéutico era la extirpación total con el bisturí, se tenía ocasión de estudiar el proceso anatomopatológico en las diversas fases de su evolución. Los autores antiguos nos han legado muy buenas descripciones, que sintetizaremos. Todo el espesor del dermis está necrosado, sin percibirse células ni bacterias; quedan algunos haces conjuntivos. Las bacterias deben haber sido destruidas (Cornil). Alrededor de la escara la piel presenta los caracteres de las flegmasías, con serosidad, abundantes leucocitos, restos de células, fibras conjuntivas y gran número de microbios piógenos, y Roger se pregunta si esta asociación será responsable de la necrosis que existe en otros tejidos. Cuando la ablación se hizo en el segundo ó tercer día de su desarrollo, las papilas del dermis son friables, con doble volumen del normal, y están repletas de bacterias. Bajo del epitelio hay extravasación de serosidad y sangre.

Las lesiones que aparecen en las personas muertas de

esta enfermedad no son características, ni mucho menos, con pequeñas modificaciones, las que acarrearán las septicemias de este grupo.

La sangre es negra ó de color rojo muy oscuro, pegajosa, flúida, poco coagulable; en ella pululan los bacilos del carbunco. Conviene hacer notar que la investigación de la bacteria en la sangre suele ser negativa en el período de lesiones cutáneas. El bazo está aumentado de volumen, aunque no tanto como en los animales, en los cuales, por el aspecto de esa viscera, se denominó á la enfermedad mal de bazo. Es más blando, negruzco, con gran cantidad de sangre y bacterias.

El hígado, pulmones y riñones se hallan congestionados, apreciándose hemorragias capilares y signos de degeneración grasosa.

Los ganglios y vasos linfáticos están tumefactos, de color rojo oscuro, siendo más visibles las lesiones en los tributarios de la región donde asienta el mal. También se encuentra en ellos el germen bacteriano.

En el estómago é intestinos se observan huellas de una flegmasia con infiltraciones serohemorrágicas, puntos esfacelados, bacterias, etc. Es lógico suponer que estas alteraciones son más intensas en la micosis intestinal y que análogas consideraciones debemos hacer para la micosis pulmonar al encontrar en los bronquios y pulmones signos de flogosis.

En los demás órganos de la economía también hay alteraciones histológicas; pero, como la mayoría de las reseñadas, no tiene nada de particular.

V

LA INMUNIDAD EN EL CARBUNCO

El bacilo del carbunco es uno de los más estudiados con motivo de la inmunidad, y siempre se ha visto que lo que es verdad para la bacteridia, frecuentemente no se aplica á los otros virus é inversamente.

Sabido es que el descubrimiento de Jenner á fines del siglo XVIII encerraba el principio de la vacunación por los virus atenuados. Pero fué necesario el genio de Pasteur para que casi un siglo más tarde ese principio se estableciera científicamente y diera todos los frutos de que son elocuentes testigos la vacunoterapia y sueroterapia modernas.

La historia de los virus atenuados es muy instructiva. Toussaint, veterinario, colaborador de Pasteur, envía á éste una gallina muerta de una terrible epidemia que diezma los gallineros de los alrededores de París, y en la sangre, Pasteur descubre un microbio de los que hoy figuran en el grupo de las pasteurelosis, agente de la enfermedad, puesto que inoculado á gallinas nuevas, la reproduce con todos sus caracteres (cólera de las gallinas). Un día llegó que, con gran asombro de Pasteur, un cultivo de algunos días inoculado á una gallina, no sólo no le causó la muerte, sino que preservaba á dicha gallina de una inyección ulterior de virus fresco. Este hecho era constante; con él, la atenuación posible de los virus y su empleo como vacuna, quedaba firmemente establecida.

Por esta época (1880), ya Delafond (1838) y Davaine (1861) habían hecho sus notables observaciones sobre la bacteridia, que Pasteur comprobó y enriqueció y de las cuales dedujo ciertas medidas profilácticas (enterramiento profundo de los animales carbuncosos, etc.).

Más tarde Pasteur aplicó al carbunco su descubrimiento del virus vacuna contra el cólera de las gallinas. Pero el envejecimiento de los cultivos no conducía á resultados alentadores; Toussaint, con el calor no fué más afortunado. Pas-

teur se dió pronto cuenta que en el caso de la bacteridia había un nuevo factor: el *esporo*, y efectivamente, uno de sus preparadores, Chamberland, demostró que cuando el cultivo se mantiene por cima de los 42° C., la bacteridia deja de producir esporos, y en estas condiciones el envejecimiento le roba virulencia; es más, si entonces el cultivo se lleva á 37° la bacteridia esporula y fija la virulencia al grado adquirido por el envejecimiento á 42°; es decir, que combinando estos artificios, es posible obtener una serie de cultivos de carbunco de virulencias graduadas y fijas, cada uno de los cuales preservaban, inoculados, contra el de virulencia superior inmediata; la vacuna anticarbuncosa estaba descubierta.

Behring (7) descubrió que el ratón blanco, animal refractario al carbunco, posee un suero potentemente destructor en frente de la bacteridia, lo cual hizo pensar se estaba en posesión de la clave de la inmunidad anticarbuncosa y aun de aquella de la inmunidad natural en general.

En 1890, la memoria clásica de Metchnikoff (8) redujo la inmunidad del ratón á sus justas proporciones, dándole el valor de un hecho particular.

Cuando se abordó el problema de la seroterapia anticarbuncosa se vió cómo la bacteridia se singularizaba desde el punto de vista de la inmunidad pasiva. Los grandes animales, los caballos en particular, se dejan fácilmente inmunizar contra el agente del carbunco, pero ese suero no protege á los cobayas, hecho que después ha visto Truche repetirse en sus trabajos sobre suero antineumocócico y que hace pensar que la seroterapia no es absolutamente pasiva. También es digno de anotar el que los pequeños animales tan fácilmente inmunizables contra varios microbios se dejan difícilmente inmunizar cuando se trata de la bacteridia.

En nuestros días, el punto más importante en inmunidad anticarbuncosa es el descubrimiento de Besredka sobre lo que él llama cuti-vacunación, cuti-infección y cuti-inmunidad carbuncosa (9). Continuando sus estudios sobre las inmunidades locales, Besredka ha observado que el cobaya y el conejo se infectan por el carbunco *solamente* por vía cutánea, y por ella misma y gracias á ella, se puede obtener la vacunación; es un bello ejemplo de la autonomía de la piel ante la infección, y de inmunidad, tanto natural como adquirida. De nuestras observaciones, puramente clínicas, se deduce que la inmunidad para el carbunco es muy corta ó no existe, pues como decimos más adelante, hemos visto enfermos con dos pústulas en un período de tiempo no superior al año.

Marguerite Aitoff, por su parte (10), ha demostrado que la infección del carbunco no puede tener lugar por vía conjuntival, interpretando el fenómeno como debido á una inmunidad natural local de mecanismo íntimo desconocido.

VI

ETIOLOGÍA Y PROFILAXIS

El contagio puede establecerse directamente de los animales que padecen la enfermedad: buey, carnero, *cabra*, caballo, etc. Debemos considerar como excepcionales el proveniente de otros animales. Cabe también de hombre á hombre (11) por intermedio de objetos contaminados y por los insectos, especialmente las *moscas*. De todos los medios capaces de llevar la infección al hombre, ninguno tiene tanta importancia como el producido por el contagio directo del animal enfermo con el hombre, y de estos animales la *cabra* ó el carnero.

Las consideraciones etiológicas que siguen, son fruto de nuestra experiencia personal adquirida durante veinte años en una comarca montañosa. Tiene Enguera aproximadamente 24,000 hectáreas de monte, pastan en él 10,000 reses

cabrías y unas 3.000 de ganado lanar, siendo frecuentes las epizootias de mal de bazo. Unos sesenta casos llevamos observados, de ellos son cuarenta debidos al contagio por las cabras, seis ó siete por los carneros y el resto por las moscas. La forma de la contaminación siempre ha ocurrido del siguiente modo: el ganado suele estar confiado á pastores; las grandes distancias y el accidentado terreno impiden que los dueños lo vean frecuentemente; para evitar robos, cambios ó pérdidas están obligados los pastores á presentar al dueño la piel de toda res fallecida, para lo cual tienen que desollarla con una navaja ó cualquier otro instrumento de que dispongan, en medio del monte, si allí hubiere fallecido. El resto del animal queda insepulto y el pastor sigue su camino con la piel recogida. Entre estos hombres y á consecuencia de la operación reseñada hemos encontrado la mayor parte de nuestros enfermos. El asiento ha sido casi siempre en las manos, sobre todo en dedos y cara dorsal metacarpiana, nunca en la palma de la mano; algunos casos en muñeca ó antebrazo. Las reses abandonadas en el monte continúan siendo un peligro no sólo para el resto del ganado y para otros que por allí pasen, sino para el hombre, pues abundan los casos de inoculación por picadura de mosca, siendo entonces la localización más corriente en cara, cuello y parte superior del pecho. La diferente forma de adquirir el mal queda patente oyéndoles referir las circunstancias y detalles que prolijamente exponen al preguntarles si en su ganado había reses enfermas, de qué murieron y fecha transcurrida desde que le quitaron la piel hasta que notaron el escozor y la pápula. Los que sufrieron picaduras de moscas se hallaban unas veces con el rebaño, otras en la casa donde se guarecen por las noches ó en zona reconocida como infectada. No pueden negarse los otros medios propagadores, aunque no los pudimos observar; de modo que todos los enfermos han sido pastores ó individuos que viven en el monte.

Es también Enguera población industrial; existen muchas fábricas de tejidos de lana y es centro de exportación de esta materia textil á otras localidades fabriles. Se calcula en dos millones de kilogramos la lana que en vellón ó *suarda* se compra en los pueblos productores para clasificarla y la varla en la citada villa. En estas operaciones intervienen muchas personas que deshacen el vellón separando la lana por clases y manipulándola durante ocho horas diarias; en estos trabajadores *no ha existido contagio*, tampoco lo vimos en carniceros ni traficantes en pieles, claro es que sin negar la posibilidad de poder contraer la afección, como también aceptamos, con las restricciones debidas, el ocasionado por la leche y queso (12).

Si bien hoy comienza á hacerse una revisión de varias doctrinas que han persistido á través de las obras clásicas Besredka ha demostrado que el cobaya, animal muy receptible, no lo es ni á dosis masivas, cuando intacta la vía cutánea se inyecta por cualquier otra vía; este es un nuevo caso de inmunidad local, puesto que basta inmunizar la piel para inmunizar todo el animal, descubrimiento del que hacemos referencia en el capítulo de inmunidad. Por esto, es preferible suponer que el contagio se ha originado por las manos que ordeñan cabras ó ovejas enfermas de mal de bazo ó que en sus ubres llevan el germen que pasa á las manos y le inoculan. La ingestión de leche ó queso como productores de la enfermedad, debe ser objeto de nuevas experiencias para darle valor etiológico.

El tanto por ciento tan enorme correspondiente á los pastores se debe á la forma como efectúan la operación, á que no se lavan las manos ó lo hacen pasadas muchas ho-

ras y desde luego deficientemente, mientras que los *sorteadores* de lana (nombre con que se designa á los escogedores) se lavan las manos antes de salir de la fábrica y los carniceros suelen ser limpios.

Generalmente es única la pústula; una vez vimos dos simultáneas en un mismo individuo en dedo y dorso de la muñeca de la misma mano (hay quien asegura haber encontrado 52 pústulas en el antebrazo, 13). No confiere inmunidad ó es ésta de un plazo muy corto, inferior al año, pues dos atacados de pústula maligna, padecieron la misma enfermedad al año siguiente del primer ataque. Se observa en individuos de una misma familia, con escaso intervalo de días por haber actuado conjuntamente al tocar el animal muerto. Coincide con los meses de verano y con la aparición de epizootias en el ganado. Como ya hemos dicho anteriormente, todos los enfermos lo han sido por lesión cutánea. Las estadísticas de Lengyel, Kranji y otros conceden á la cara mayor predisposición que á las demás regiones, colocando las de los miembros superiores en último lugar, con un tanto por ciento en relación á las otras muy inferior. Las observaciones por nosotros recogidas dan á las *extremidades superiores* y de ellas á la mano y muñeca más del 50 por 100, un 30 por 100 para la cara, y el resto en antebrazo y cuello. Tan sólo en el niño es superior la localización en la cara.

(Continuará.)

La enseñanza de la Medicina en España (1)

POR

HOWARD R. MARRARO, A. B

(Escrito para un curso sobre la Civilización española, dado por el distinguido profesor Lawrence A. Wilkins, en la Universidad Colombia, Nueva York. Enero de 1924.)

ASIGNATURAS ESPECIALES

Los alumnos que tengan aprobada Patología médica, primer curso, con su clínica, y la Patología quirúrgica, primer curso, con su clínica, pueden solicitar matrícula en las siguientes: Curso de neuropatías, con su inclusión de las alteraciones mentales.

Se exige también, antes del tercer año de la carrera, la aprobación de un curso de alemán en cualquier establecimiento oficial de esta enseñanza.

Coste de matrículas.—El coste de matrículas y títulos es éste: Licenciatura, por enseñanza oficial, incluyendo las prácticas, 2.050,40 pesetas; no oficial, 1.834,80 pesetas. Doctorado, por enseñanza oficial, incluyendo las prácticas, 1.328,70 pesetas; no oficial, 1.307,90 pesetas.

Estadísticas sobre las Facultades de Medicina.—Hay en todas las Facultades de Medicina de España, 7.455 alumnos, ó sea casi un tercio del número total de los alumnos en todas las Facultades. Más de la mitad de los alumnos son de la enseñanza oficial. Hay 62 hembras que estudian la Medicina en España, de las cuales 23 ó casi un tercio son matriculadas en la Universidad Central. Durante el curso de 1919: 1920 se expidieron 736 títulos, de los cuales 212 fueron expedidos por la Universidad Central y 113 por la Universidad de Valladolid. Véase el cuadro siguiente:

(1) Véase el número anterior.

Facultades de Medicina.—Curso de 1919-1920.

Universidades.	Total de inscripciones de matriculados.....	ALUMNOS				Total de alumnos.....	Títulos expedidos.....
		Oficial....	No oficial.	Varones..	Hembras..		
Madrid.....	25.153	1.578	916	2.471	23	2.494	212
Barcelona....	8.686	690	452	1.131	11	1.142	100
Granada.....	4.549	288	60	346	2	348	18
Murcia *....	3.833	„	„	„	„	„	„
Oviedo *....	1.955	„	„	„	„	„	„
Salamanca...	2.919	223	133	355	1	356	53
Santiago....	3.842	350	48	398	„	398	51
Sevilla.....	5.137	202	71	272	1	273	28
Cádiz.....	„	337	166	501	2	503	34
Valencia....	4.615	464	134	588	10	598	63
Valladolid...	6.194	638	134	764	8	772	113
Zaragoza....	4.208	393	143	536	„	536	64
Sección Universitaria de las Canarias.....	368	16	19	31	4	35	„
Total de alumnos en medicina.....	„	5.179	2.279	7.393	62	7.455	736
Total de alumnos en las facultades.	71.459	12.428	10.975	22.693	710	23.403	2.050

El cuadro siguiente es importante porque muestra que el número de alumnos de Medicina de enseñanza oficial y no oficial ha aumentado y sigue aumentando. En 1910-11 el número total de alumnos (enseñanza oficial) fué 1.060 y á medida que transcurren los años, el número va aumentando hasta que en 1921-22 llega á 1.640. Lo mismo ha ocurrido con la enseñanza no oficial. De 566 alumnos en 1910-11, el número aumentó á 1.123 en 1921-22. Es preciso notar también que el número de hembras que se dedican al estudio de la Medicina va aumentando. En 1921-22 había 47 hembras que estudiaban la Medicina en la Universidad Central mientras que en 1917-18 había sólo siete hembras.

Universidad Central.—Facultad de Medicina.

AÑOS	NÚMERO DE ALUMNOS					
	ENSEÑANZA OFICIAL			ENSEÑANZA NO OFICIAL		
	Varones.	Hembras.	Total.	Varones.	Hembras.	Total.
1910-11	1.060	„	1.060	566	„	566
1917-18	1.496	7	1.503	727	„	727
1918-19	1.559	9	1.568	785	„	785
1919-20	1.559	19	1.578	912	4	916
1920-21	1.729	22	1.751	975	9	979
1921-22	1.604	36	1.640	1.123	11	1.134

En realidad, el número de Universidades que tienen en España Facultad de Medicina, que es lo que nos interesa, es excesivo; para 22.000.000 de habitantes, hay diez Facultades de Medicina, la mayoría pobres, sin elementos de observación y experimentación, sin clínicas, atiborradas de teorismos, de tal modo, que para un extranjero ignorante del idioma, lo mismo podían ser clases de Teología, que de Medicina las que se daban en algunas Facultades.

Pero dice un autor norteamericano, que si las clínicas y los hospitales hiciesen buenos médicos, los de Madrid y de toda España han de ser de la primera clase porque los hos-

* No hoy Facultad de Medicina.

pitales y las clínicas son muy satisfactorios. Es preciso notar, sin embargo, que este autor no es médico y, según mi opinión, no puede decirnos lo que constituye una buena escuela de Medicina. El añade que la presencia de algunas enfermedades entre las mujeres y los hombres nos prueba que la enseñanza de la Medicina no es buena. El español de hoy, de su nacimiento hasta su *nunc dimittis* no recibe el mejor cuidado médico posible.

Un norteamericano que visitó España recientemente con motivo de estudiar el método de la enseñanza de la Medicina, dice que casi todo se hace por medio de las conferencias; hay muy pocos laboratorios. Se practica la disección del cadáver y hay algunos cursos de laboratorio en la histología y la anatomía patológica. Además no se requiere asistencia en los hospitales. Solamente un 30 por 100 de los estudiantes tienen la oportunidad de ver los enfermos en los hospitales (1).

Los exámenes de cada asignatura se verifican ante un sólo profesor, el que explica la asignatura. Desde el día en que se estableció este sistema empezó el aluvión de alumnos en las Facultades y se agudizó el mal que sufre la clase, pues el número de alumnos rechazados en los exámenes disminuyó en tales términos, con un solo juez, que el país se vió muy pronto con un exceso de médicos, pues sobre el catedrático sólo pesan compromisos y recomendaciones, y no hay ley superior á la voluntad del profesor, cosa lamentable, sobre todo cuando se trata de algunos que se vanaglorian de no haber rechazado en el examen un solo alumno.

Estado actual de la clase médica en España.—Hay en España para una población de casi 22.000.000 de habitantes diez Facultades de Medicina, y se da el curioso fenómeno de que el número de estudiantes en ellas inscritos es superior á los matriculados en las demás carreras (Derecho, Farmacia, Ciencias, Letras). El afán que los jóvenes muestran por tener el título de médico, encuentra un auxiliar eficaz en el concepto que de sus deberes tienen algunas Facultades y muchos profesores, porque aquéllas, para aumentar la clientela juvenil de las poblaciones donde radican, y éstos, para buscar una fácil popularidad, aprueban casi sistemáticamente á cuantos muchachos examinan. De este modo se ha recargado el número de médicos en tal proporción, que se ha constituido un proletariado médico asustante. Todas las ciudades y villas rebosan de médicos; y hay exceso de ellos para cada ocasión en que uno solo es necesario. Ante una oferta exageradamente superior á la demanda, es natural que ocurra un desmerecimiento de los servicios médicos y se den casos como los expuestos por el Dr. Angel Pulido siendo presidente del Colegio de Médicos de Madrid, quien refirió la existencia en la capital de España de médicos que visitan á diez céntimos de peseta (dos céntimos de dólar), y de iguales (ó sea comprometido todo el servicio médico posible) á peseta al mes. Madrid para sus 600.000 habitantes tiene más de 2.000 médicos.

Por eso en España el estado social del médico es aquel en que se hallaba en otros países inmediatamente antes de que instituciones ú organizaciones mejoraran su existencia. Se siente la necesidad de la unión, se comprende que el aislamiento presente es suicida; pero los conceptos particulares, los personalismos, las desconfianzas, retrasan la obra de redención, y así están los médicos perdidos en una desorientación aislada.

(1) Se refiere, sin duda, á los que son internos, pues precisamente nuestros hospitales y laboratorios se distinguen ahora por la libertad que se da en ellos á todo el que quiere trabajar. (N. de la R.)

Opiniones sobre las mejoras en la enseñanza médica.—En 1922 EL SIGLO MEDICO, el más importante periódico de Medicina, Cirugía y Farmacia que se publica en España, hizo una encuesta sobre las mejoras en la enseñanza médica. Naturalmente no se publicaron todas las respuestas, pero la del Sr. Pittaluga fué publicada y sin duda representa la opinión de la mayoría de personas que se interesen de este asunto. Creo que vale la pena de reproducir las seis preguntas y de dar las opiniones más importantes del profesor Pittaluga.

Primera: ¿Cuáles son los defectos más importantes que encuentra usted en la enseñanza actual de la Medicina? (en sus planes, organización, horario, etc.).

El profesor Pittaluga contesta que los tres defectos más graves que existen en la organización actual de la enseñanza de la Medicina, son: a) la falta de aprovechamiento, para los fines didácticos, de la inmensa mayoría de los establecimientos de asistencia y beneficencia pública (hospitales, asilos, etc.); b) el lamentable abandono en que se ha tenido la Anatomía patológica macroscópica y la extremada escasez de autopsias que se practican, con intervención de los estudiantes, en la Facultad y en los hospitales; c) la dolorosa y casi total ausencia de conexión pedagógica, y más aún, de recíproca estimación (en cuanto a la importancia de la materia ó asignatura) entre los catedráticos de las distintas disciplinas, que induce á los alumnos á un rápido olvido de los conocimientos adquiridos en las anteriores ó á un tácito menosprecio para todas, sólo dominado por el anhelo de salir de los años de la carrera.

La segunda pregunta fué: ¿Qué medios considera usted necesarios para corregirlos, á fin de conseguir que el nuevo médico salga de la Facultad capacitado para ejercer su profesión inmediatamente?

En contestación el profesor Pittaluga dice que para corregir esos defectos es preciso que la Facultad pueda penetrar más libremente, con amplias ramificaciones, en toda la vida sanitaria del país, en sus organismos, establecimientos é instituciones, bien sean del Estado ó bien de las provincias y de los Municipios, con arreglo á disposiciones legales debidamente estudiadas y encaminadas á este fin; ó si se prefiere que todas estas instituciones, incluso muchas de fundación particular, destinadas á la Beneficencia pública, concurren con su material humano, con su organización técnica y con las energías intelectuales de sus cuerpos facultativos á enriquecer y á ensanchar la enseñanza de la Medicina. Pittaluga cree también que es preciso subdividir y repartir la enseñanza en grupos limitados de alumnos que hagan vida científica de seminario, dirigidos por jefes de prácticas numerosos, ayudantes, auxiliares, etc. En el período de los estudios clínicos la enseñanza encontrará extraordinarios beneficios con la creación de los «profesores libres», prevista en el Estatuto de la Universidad autónoma de Madrid; los cuales, con el estímulo de la competencia y la emulación, obligarán al profesorado oficial á perfeccionar de continuo sus procedimientos didácticos y á levantar el tono de sus enseñanzas; y al propio tiempo constituirán escuelas complementarias capaces de suplir, á veces, con el estudio intenso de reducidos capítulos ó de temas concretos y limitados, á la forzosa vaguedad en que se desenvuelven, por exceso de materia y de alumnos, las enseñanzas de algunas asignaturas.

La tercera pregunta fué: ¿Considera usted excesivamente larga la actual licenciatura, de siete años, y, en caso afirmativo, cómo cree usted que podría reducirse?

Dice el profesor Pittaluga en contestación á esta pregunta, que la Comisión designada por el Claustro de la Facultad

de Madrid para redactar el proyecto de Estatuto en régimen de Autonomía, comisión de la cual él formó parte, ha creído oportuno reducir á diez semestres (cinco años) los estudios de la carrera. Esta reducción presupone una mayor duración, y sobre todo una mayor intensidad de estudios en la segunda enseñanza. Según el profesor Pittaluga, el problema verdadero de toda la vida intelectual y moral del país estriba en la segunda enseñanza.

La cuarta pregunta: ¿Qué innovaciones ha introducido usted en la enseñanza de su asignatura respecto á lo que se hacía antes?

La respuesta de Pittaluga es bastante larga, pero dice en breve que él ha podido hacer bien poco para acercarse á lo que él cree que debiera ser el modo de enseñar. De todos modos, él cree haber logrado algunos resultados.

La quinta pregunta: ¿En el estado actual de costumbres, cómo cree usted que puede mejorar la selección de los nuevos profesores y sus auxiliares y evitarse los abusos que hasta hace poco se han cometido?

El profesor Pittaluga cree que la selección del profesorado es función, al propio tiempo, de los estudiantes, del profesorado mismo y de la sensibilidad general de la nación, representada por su órgano tutelar el Estado. De momento mientras el Estado no recobre su autoridad, y mientras el profesorado no dé comienzo á una obra de autodepuración que la vida autónoma de las Universidades puede iniciar, tenemos que confiar en la intervención de los estudiantes, por un lado, y en el acicate de la competencia del profesor libre, por otro lado.

La sexta y última pregunta: ¿Cree usted que debe exigirse á los profesores la permanencia en la Facultad y sus clínicas durante toda la mañana?

Pittaluga cree que no se debe «exigir» nunca nada de nadie; mucho menos, la permanencia en la Facultad á los profesores. Lo que se debe hacer es procurar á toda costa que profesores y alumnos encuentren en la Facultad una casa hospitalaria, un ambiente propicio, un calor de cordialidad.

El primer Congreso nacional de Medicina de España.—El primer Congreso nacional de Medicina se celebró en Mayo de 1919. El Congreso tuvo un éxito superior á cuanto pudieron imaginar sus organizadores. Su Majestad el Rey de España inauguró las tareas del Congreso en el Teatro Real.

Hubo 4.000 congresistas. El Rey pronunció un discurso en el cual saludó á la clase médica. «En su lucha contra la muerte, la Sanidad no sólo está falta de dinero, como ha dicho el Ministro», afirmó el Rey, «está también falta de hospitales, de laboratorios y de facultades donde aprender y donde enseñar la Medicina. Por eso recoge la iniciativa de construir en Madrid una nueva Facultad donde se atienda á los que hablan español allende el mar. El coste de una Facultad de Medicina es análogo al de un acorazado de 12.000 toneladas. Quiero, dijo, que la Medicina española tenga su acorazado.» Afirmó su optimismo, su fe en España. «Que va para adelante.»

Bibliografía.

1. Great Britain-Foreign Office; Peace handbooks: Spain, v. 6, London, p. 49.
2. Valentí Camp (Santiago): La vida social española; la población económicamente pasiva y la semiproductiva. Estudio, 1917, v. 20, p. 207-219; 1918, v. 21, p. 26-40, 209-226.
3. Comorera (J.): En torno del problema nacional. La escuela base de la regeneración patria. Estudio, Barcelona, 1916, v. 14, p. 19-38; 199-219.
4. Iradier (Teodoro de): Hacia un nuevo tipo de español;

planteamiento de un problema de educación nacional. Madrid 1917, p. 119.

5. Briones Ferrero (Gabriel): España: datos geográficos y estadísticos. Madrid, 1917, p. 472.

6. España: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Anuario Estadístico de España; año 1920. Madrid, 1922.

7. Altamira (Rafael): Historia de España y de la civilización española, tercera edición, 4 tomos.

8. *Journal American Medical Association* (Edición en español), Agosto, 1919, p. 180-181.

9. Carta de Madrid, *Jour. Amer. Med. Assoc.* (Edición en español), Septiembre 15, 1919, v. 2, p. 387-389.

10. Fuenzalida (A.): Desarrollo intelectual en Chile, 1903, p. 576.

11. Avance estadístico de la población de España. EL SIGLO MEDICO, 1921, v. 68, p. 836.

12. Thwing, Charles Franklin: Universities of the world. N. Y. Mac Millan Co., 1911, p. 284.

13. Williams (L. R.): Notes on public health and medical education in Spain, 1922, p. 42.

14. Anuario de la enseñanza elemental, técnica y superior, año I, 1920, Calpe. Madrid, p. 824.

15. Montgomery (Walter A.): Educational conditions in Spain. U. S. Department of the Interior (Bureau of Education). *Bulletin*, 1919, núm. 17, Washington.

16. Sobre las mejoras en la enseñanza médica: respuesta del profesor Pittaluga. EL SIGLO MEDICO, 1922, v. 69, p. 300-302.

17. Cartas, informes y estadísticas recibidas del Ministerio de Estado, Oficina de Relaciones Culturales Españolas. Febrero, 1923.

Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.

SESIÓN ÚLTIMA DE CURSO CELEBRADA EN EL MES
DE JULIO DE 1924.

Sífilis recidivante.

Dr. Portilla.—Nos relata la historia de un enfermo en el cual la medicación hecha siempre ha curado los síntomas clínicos y hasta de una manera rápida, pero inmediatamente volvían a recidivar las lesiones, siempre localizadas al mismo sitio. El enfermo es un sifilítico infectado en Octubre de 1922, que se trató primeramente con cinco gramos de neosalvarsán y seis inyecciones de salicilato de mercurio, presentando al mes aproximadamente una sífilide papulosa generalizada y placas faríngeas, que son tratadas con unos 3 gramos de bismuto insoluble. Wassermann al terminar esta medicación positivo de una cruz; inmediatamente de cesar este tratamiento, aparecen nuevamente placas en surco balanoprepucial y se vuelve a repetir la medicación bismútica unida al neosalvarsán, poniéndole al enfermo otros 3 gramos de bismuto insoluble y otros 5 gramos de neosalvarsán; toma además durante tres meses mixtura y al terminar este tiempo aparecen nuevas placas localizadas en el mismo surco balanoprepucial. Se le inyectan 12 inyecciones de quimby por variar el tipo de medicación bismútica y vuelve a ponerse otros 5 gramos de neosalvarsán y al mes de terminada esta tanda recidivan nuevamente sus placas balanoprepuciales, siendo ahora el Wassermann fuertemente positivo, haciendo nueva serie de neo, que logra por fin curar las lesiones hasta la fecha.

El caso es claro de recidiva sintomática y no de resistencia para la medicación, por lo que ha hecho pensar en un

acantonamiento de treponemas en el surco coronario y de aquí la conveniencia quizá de las curas locales, lo cual explica a la vez que las recidivas fuesen siempre de igual localización.

Dr. Barrio de Medina.—Sin entrar en detalles de la historia anteriormente relatada, la cual ha sido excelentemente seguida, si voy a permitirme relatar otra idéntica que recuerdo perfectamente y en la cual el enfermo logró curarse, mucho mejor que con arsénico y bismuto, con las sencillas y vulgares fricciones mercuriales, lo cual coincide con la manera de pensar del Dr. Portilla de que en estos casos recidivantes no la medicación, sino que las lesiones son las recidivantes, las curas locales quizá tengan gran importancia para lograr la curación definitiva del proceso localmente, aparte, claro está, de que se hace indispensable también la cura general.

En mi enfermo las lesiones que recidivaron eran también genitales, pero presentaba placas vegetantes también en cara interna, tercio superior de ambos muslos, así como algunas más escasas en la región inguinal; fué muy bien tratado con neosalvarsán y bismuto y después de curadas, al mes aproximadamente, recidivaron sus lesiones, si bien es verdad con menos intensidad; vuelve a hacerse al enfermo cura de mercurio (aceite gris) y neosalvarsán y vuelven a recidivar; le someto inmediatamente a fricciones mercuriales y desaparecen rápidamente y al pa recer de una manera definitiva, por lo menos durante unos meses que seguí el curso del enfermo.

Dr. Sicilia.—Interpreta los casos relatados como inconvenientes de la vía intramuscular para la aplicación de medicaciones a estos enfermos. Cree que es la vía venosa la única de elección en estos casos, tanto para el arsénico como para el bismuto, al mismo tiempo que aconseja el cambio repetido de medicación y el acortamiento de los plazos de reposo de medicación.

Dr. Sáinz de Aja.—Marca y puntualiza bien las diferencias entre sífilis resistente y sífilis recidivante, y cree que al igual que sucede en los fumadores que sus placas bucofaríngeas suelen ser recidivantes, así las del surco balanoprepucial puede influir en ellas los estados mayores ó menores de seborrea de surco que los enfermos tengan.

Orquitis rebelde al tratamiento.

Dr. Danden.—Es un caso que a la tercera semana de su infección uretral presenta una epididimitis doble del mismo origen, la cual empieza a tratar con vacuna gonocócica y lactoproteína unida, poniéndole cada dos días 50 millones de vacuna y 5 c. c. de leche, aumentando hasta 1.000 millones y 10 c. c.; fracasada esta terapéutica se le hace vacuna gonocócica intravenosa poniéndole ocho inyecciones, empezando por 10 millones y subiendo hasta 50 como dosis máxima; estas inyecciones producen reacciones febriles y son suspendidas no obteniendo en ellas mejoría alguna; se hace después salicilato venoso que alivia únicamente, y a los dos meses y medio, después de nuevamente reagudizada la lesión se le pone vacuna gonocócica venosa, pero a la cual se la había añadido una solución de urotropina al 40 por 100, con la cual consigne la curación del enfermo. Llama, pues, la atención sobre los dos extremos de su comunicación que considera interesantes: el uno, la rebeldía de esta epididimitis a toda clase de medicaciones, y el otro, el considerar que la vacuna gonocócica asociada a la urotropina es lo que cree que logró la curación de su enfermo.

Dr. Barrio de Medina.—En primer término, no puede decirse que la vacuna venosa empleada primero fracasó, porque la dosis de 50 millones máxima que se puso al en-

fermo, fué á todas luces insuficiente, ya que esta dosis fué por la que se debió empezar; por otra parte, hay que tener en cuenta que las epididimitis tienden á evolucionar espontáneamente hacia la curación por sí solas, y el hecho de que la curación haya surgido á los dos meses y medio no comprueba suficientemente que haya sido la urotropina la causante de la curación, y aun en este caso no hay que olvidar tampoco la acción de la vacuna gonocócica que llevaba asociada y que fué inyectada *por vía venosa*, única vía que ofrece acción rápida y más segura contra las complicaciones gonocócicas.

Dr. Sicilia.—No es corriente tropezar con casos de epididimitis tan rebeldes, no obstante él ha tenido también uno en que después de fracasar las medicaciones más usuales incluso autovacuna, urotropina intravenosa y diatermia, curó el enfermo con colargol intravenoso.

Dr. Portilla.—A petición del comunicante vió varias veces al enfermo, y cree que la medicación, entre todas las que se hicieron al enfermo, que más mejoró fué el salicilato venoso, pero no evitó una nueva recaída del enfermo. En este caso considera que fué la urotropina la que asociada á la vacuna, curó, aunque no habrá que olvidar que la vacuna estaba recientemente preparada.

Dr. Sáinz de Aja.—La cantidad de urotropina inyectada al enfermo del Dr. Danden es tan insignificante, que no es posible atribuir la curación á ella; por lo demás, la urotropina como vehículo de las vacunas, no lleva más fin que conservar la actividad de éstas completamente y por tiempo indefinido.

Neurosifilis postbismútica.

Dr. Fernández Criado.—Entre los inconvenientes é incidencias de los tratamientos bismúticos, se han señalado casi todas las conocidas que se producen en los salvarsanes y mercuriales; así en los eritemas y eritrodermias, fiebres, crisis nitritoides, reacciones de Herxheimer, herpes, zona, etc., se ha creído ver una mayor acción hemorrágica (Marañón, Criado, Drouet, Hudelo, Bonilla) que no se negó al salvarsán, puesto que se han anotado casos de púrpura consecutivos á dosis terapéuticas.

En las bismutoterapias no se han señalado las parálisis especiales de nervios craneales que se producían después de los tratamientos insuficientes por los salvarsanes, y que se denominaron neurosifilis postsalvarsánicas por Azúa ó neurorecidivas más universalmente conocidas. Es debido esto á que el estudio de las condiciones óptimas de producción de dichas parálisis de nervios craneales, diagnóstico tardío, período florido, tratamiento insuficiente, se concluyó con la necesidad de los tratamientos largos, sostenidos y mixtos; pero cuando las condiciones especiales de un caso dificultan estos tratamientos mixtos y sostenidos, pueden producirse por el bismuto las mismas características neurorecidivas, como lo demuestra el caso siguiente.

Sífilis: Infección, primera decena Noviembre pasado; diagnóstico, en la última de Diciembre al aparecer roséola, cefalalgia y placas bucofaríngeas; una serie de 12 inyecciones de 30 centigramos cada una de bismuxel, con intervalo de cinco días; á la quinta semana de la última inyección y de modo brusco aparecen ruidos intensos y sordera relativa del lado derecho con sensaciones vertiginosas, mareos y trastornos de equilibrio que dificultan la marcha; á los dos días se pone nueva inyección de bismuxel, y dos días después amanece el enfermo con parálisis facial derecha; es tratado con cianuro de mercurio, neosalvarsán y neotrepol; á las tres inyecciones de bismuxel habían mejorado las molestias auditivas y hecho desaparecer los trastornos de equilibrio; la

curación ha sido completa con la primera serie de neosalvarsán de 5 gramos y 10 de neotrepol puestas cada cinco días.

Parece aceptado por todos los criterios de que los tratamientos con dosis de neosalvarsán, inferiores á 3 gramos, no son sólo insuficientes, sino á veces peligrosos por reactivar focos latentes; igualmente, como este caso lo afirma, puede haber peligro en los tratamientos cortos con bismuto cuando se emplean solos y existen cefalalgias ú otros signos de presunción de invasión meníngea; así lo estima Milian cuando aconseja que la serie aislada de medicación bismútica debe ser como minimum de 24 inyecciones de 30 centigramos de yodobismutato de quinina, que es la sal á la que da preferencia.

Dr. Bejarano.—Recuerda otro caso de neurorecidiva postbismútica en un sífilítico viejo que se puso tres inyecciones de yodobismutato y abandonó el tratamiento, presentándose á los quince días una intensa radiculitis, que se curó con neosalvarsán; en el caso del Dr. Criado, él, de no haber podido poner neosalvarsán, hubiese recomendado otra medicación bismútica más activa que el yodobismutato.

Dr. Sicilia.—Insiste una vez más en aconsejar la vía venosa en los enfermos de sífilis primaria y en los floridos.

Dr. Sáinz de Aja.—El interés del caso consiste en que ya no se puede afirmar, como decían algunos, que el bismuto no producía las neurorecidivas que con los salvarsanes hemos visto; ello obliga también á insistir en la conveniencia de no tratar á los enfermos con bismuto solo, sino asociado á los salvarsanes.

Dr. Criado.—Al rectificar expresa su opinión de que las sales bismúticas son inferiores en acción terapéutica al bismuto puro, teniendo, en cambio, éste en su casuística mayor número de inconvenientes y reacciones. El caso del doctor Bejarano parece más de reactivación clínica, no ajustándose en fecha ni expresión clínica á las clásicas neurorecidivas del salvarsán. No se producen tan frecuentemente como en los primeros tiempos del salvarsán, porque se hacen hoy tratamientos mixtos y más continuados, necesitando las especiales condiciones de este caso para producirse.

Bismutoterapia intravenosa en sífilis experimental.

Dr. Navarro Martín.—Habiendo algunos autores recomendado con gran entusiasmo el empleo de la vía venosa para la administración del bismuto en la sífilis, nosotros hemos emprendido una serie de investigaciones con objeto de fijar comparativamente el coeficiente terapéutico = $\frac{\text{Dosis curativa}}{\text{Dosis tóxica}}$ de algunos derivados bismúticos en inyección intramuscular é inyección intravenosa. Los productos ensayados han sido un hidrato de bismuto coloidal y un tartrobismutato sódico potásico. Hemos realizado las experiencias en conejos inoculados en dos clases de virus sífilítico, el de la sífilis espontánea del conejo y un virus de origen humano.

La dosis máxima tolerada por vía venosa es sensiblemente igual para ambos productos calculada en bismuto metálico (6 á 8 miligramos por kilogramo de peso). La dosis eficaz es de 6 miligramos aproximadamente. Así, pues, el coeficiente terapéutico es de $\frac{\text{uno}}{\text{uno}}$.

Por vía intramuscular la dosis tóxica está por encima de los 100 miligramos de bismuto por kilogramo de peso. Siendo la dosis eficaz por esta vía la de 25 á 30 miligramos por kilogramo, obtenemos un coeficiente terapéutico de $\frac{\text{uno}}{\text{tres}}$ á $\frac{\text{uno}}{\text{cuatro}}$ mucho más favorable que el conseguido por vía venosa.

En conclusión, la vía muscular para la administración de los derivados bismúticos, es preferible a la vía venosa, según resulta de nuestros experimentos, por darnos una zona manejable mucho más amplia.

Dr. Sicilia.—He dominado las lesiones clínicas de mis enfermos inyectando por vía venosa el citrato y el fosfato bismútico que han tolerado perfectamente los enfermos.

Dr. Barrio de Medina.—No niego la mayor toxicidad de la vía venosa para la administración de los bismúticos, y el trabajo del Dr. Navarro Martín por el cual yo le felicito así lo comprueba; ahora bien: los efectos terapéuticos son, sin duda alguna, en la clínica superiores a los que se obtienen por vía intramuscular. Necesario es, por otra parte, ensayar en la clínica distintos compuestos de bismuto por vía venosa, ya que la toxicidad de ellos es distinta de unos a otros trabajos que yo estoy realizando y que llevaré al próximo Congreso de Ciencias Médicas que se celebrará en Sevilla.

Dr. Sáinz de Aja.—En realidad, no puede afirmarse como terapéutica ineficaz el que un conejo inyectado con 12 miligramos muera con treponemas vivos, pues claramente se ve una intoxicación ya que con dosis menores se esterilizan las lesiones y sobreviven, y para demostrar su acierto, recuerda los casos que vemos en clínica, de intoxicaciones mercuriales con lesiones vivas de sífilis.

Investigaciones sobre el treponema de Schaudinn en la sangre de los sífilíticos.

Dr. Nicolás Calvín.—En colaboración con el Dr. Pérez Martín, he llevado a cabo una serie de investigaciones sistemáticas para tratar de aclarar la interesante cuestión relativa a las posibilidades de la demostración del espiroquete de Schaudinn en la sangre de los sífilíticos, proponiéndonos, como principal objeto, averiguar el porcentaje de resultados positivos, pero excluyendo deliberadamente en nuestros estudios, los procedimientos de siembra e inoculación y limitándonos, de consiguiente, a los simples exámenes por vía microscópica, únicos que por su facilidad y rapidez de ejecución, podrían generalizarse en la práctica clínica si, como *a priori* parecía lógico pensar, obteníamos resultados apreciables.

Aunque la cuestión había sido ya estudiada por algunos microbiólogos, no acababan de convencernos las noticias que teníamos sobre los resultados obtenidos, bien que siguiendo nuestra regla habitual de conducta, cuando planteamos la solución práctica de un problema de laboratorio no apuramos el estudio bibliográfico del tema para no llevar ideas preconcebidas y podernos atener a lo que estrictamente resultase de los hechos.

Hemos estudiado 34 casos. La mayoría de los enfermos fueron procedentes de la consulta a cargo del Dr. Bertoloty en el dispensario oficial antivenéreo de Madrid.

De nuestros 34 casos, 13 eran enfermos de sífilis primaria (chancro y adenopatías); 16 se encontraban en el período secundario de la enfermedad con manifestaciones evidentes en plena actividad clínica o serológica. Los cinco casos restantes no son de sífilis de infección reciente, sino que en todos ellos la fecha del contagio tiene ya antigüedad, mayor o menor.

Los métodos de investigación sistemáticamente aplicados en todos nuestros 34 casos han sido dos: 1.º, el que pudiéramos llamar *clásico* dentro de la acepción limitada que debemos dar aquí a esta palabra, puesto que la investigación de los treponemas en la sangre no ha sido nunca un procedimiento generalizado en la práctica del diagnóstico y solamente le llamamos así por encontrarse descrito en muchas obras; es el método de Noggerath y Stocheling que con-

siste, como es sabido, en hemolizar la sangre e investigar por una solución de ácido acético al tercio, centrifugar la mezcla y examinar el sedimento. Nosotros hemos empleado siempre las cantidades de 10 c. c. de reactivo y 5 c. c. de sangre.

2.º El método propuesto por Bruce y Navarro en 1903, para la investigación en la sangre de los tripanosomas y que modificado por Martín, Seboenf y Boubaud, han dado todavía mayor rendimiento en el diagnóstico de la enfermedad del sueño. Es el que se conoce también con el nombre de método de la triple centrifugación. Nosotros en algunos de los casos estudiados en los que nos parecía que la existencia del treponema en la sangre debía de ser segura, hemos modificado aún la técnica, añadiendo una cuarta centrifugación.

El motivo de haber escogido el Dr. Pérez Martín y yo este método para el fin que nos proponíamos fué, aparte la lógica de sus fundamentos, las esperanzas expresadas por sus autores, respecto a la utilidad que precisamente creían ellos podía tener para la demostración de espiroquetas en la sangre, lamentándose de no haber podido ensayarlo por falta de material patológico apropiado.

Así como en el método de Noggerath y Stocheling se obtiene, por acción química, la desaparición de los elementos formes de la sangre (hematíes), que más estorban para la investigación, en el método de Bruce y Navarro se obtiene, por centrifugaciones sucesivas, la separación mecánica de los distintos compuestos; primero, los hematíes y algunos leucocitos, después, los hematoblastos y el resto de los leucocitos, y, en último término, por su menor sensibilidad, los parásitos sanguíneos y extraglobulares del tipo de los tripanosomas y las espiroquetas. Nosotros, procediendo exactamente según las indicaciones de los autores del método, mezclamos 10 c. c. de la sangre a investigar con 1 c. c. de solución estéril de citrato de sosa, centrifugando en seguida después de la mezcla.

En ninguno de nuestros 34 casos ha sido posible la demostración del espiroquete en la sangre, en sus formas clásicas.

Dos veces hemos visto filamentos rectilíneos de grosor medio en relativa abundancia, cuya significación no nos atrevemos, de momento, a interpretar, limitándonos a consignar el hecho y a decir que no se correspondían morfológicamente con gérmenes conocidos y que no existían en los reactivos utilizados, que al examen ultramicroscópico aislado carecían de dichos elementos.

¿Cómo explicar esta tan absoluta negatividad de resultados?

La existencia del treponema en la sangre de los sífilíticos, particularmente en el período secundario, no puede dudarse, pues que hay abundantes argumentos de orden biológico que lo demuestran, y, sobre todo, la producción de la sífilis experimental por inoculación, y, sin embargo, microscópicamente nosotros no hemos podido evidenciarlo ni tampoco otros muchos investigadores, como nos ha enseñado el estudio detallado de la bibliografía que hemos hecho una vez terminado nuestro trabajo. Así, particularmente, Reicheghe menciona sus resultados negativos; Spitzer afirma que no ha encontrado tampoco jamás la espiroqueta *pallida* en la sangre, a pesar de numerosas investigaciones, é igualmente Levy-Bing no lo ha logrado aun empleando las más diversas técnicas para la investigación. La única explicación que dan la mayor parte de estos autores es la de que los treponemas deben existir en la sangre en número escasísimo, pero este argumento no deja el ánimo satisfecho. Si el treponema se encontrase en la sangre, con la morfología característica que presenta en los chancros, pápulas y otros productos patoló-

gicos, por muy escaso que fuera su número se podía evidenciar aunque sólo fuera alguna vez, dada la cantidad de sangre que se investiga, sobre todo en los casos de infección reciente y en los que la enfermedad se encuentra en pleno desarrollo como algunos de los que nosotros hemos escogido.

Nosotros damos una explicación de estos hechos que nos parece de una lógica mayor. No hay que olvidar que el mismo Schaudinn ha sostenido la hipótesis, según la cual, las formas conocidas del treponema no representan más que un determinado período del ciclo evolutivo de un parásito que puede encontrarse en el organismo bajo otras formas aún ignoradas. Las mismas mutaciones clínicas de la enfermedad con sus períodos de actividad y de absoluta latencia, ¿no puede admitirse que hablen también elocuentemente en favor de la existencia de mutaciones microbiológicas? Hasta argumentos de orden terapéutico podemos citar en apoyo de esta opinión; ahí están los casos en que el mercurio se muestra poderoso antisifilítico y suprime rápidamente las manifestaciones al lado de esos otros casos en que el medicamento queda absolutamente inactivo. ¿No es posible que en estos últimos se encuentre el parásito en determinados períodos evolutivos en los que escape a la acción del medicamento? Pero, en fin de cuentas, todo esto no son más que suposiciones más ó menos fundamentadas, aunque de carácter gratuito. Hay otros argumentos que tienen su carácter ya más objetivo.

En el año 1918, al comunicar uno de nosotros los resultados obtenidos con su nuevo método de impregnación argéntica para la demostración de treponemas, acompañábamos dibujos y preparaciones microscópicas en las que demostrábamos las formas atípicas del parásito vistas en distintos enfermos. Cuatro años después, en 1922, los bacteriólogos del Servicio de Venereología del Hospital Militar de Bucarest—Yliescu, Constantin y Traian Popescu—hablaban de formas idénticas observadas por ellos, no ya en los frotis secos y en preparaciones a la plata, sino en exámenes al ultramicroscopio, con el virus vivo, habiendo dado cuenta de estas observaciones en la Revista rumana de San Milito.

Recordemos, en fin, que para Mac Donagh la espiroqueta de Schaudinn sería simplemente el microgameto de un esporozoario, el *Leucocytozoon syphilidis*, y así como en otros esporozoarios, hay generación alternante haciéndose la esporogonia en un huésped intermedio en la sífilis, el parásito haría toda su evolución en un solo huésped.

En resumen, nosotros en esta modesta comunicación, queremos hacer resaltar el hecho de que los hallazgos de treponemas de Schaudinn en la sangre de hombres sífilíticos de que hablan algunos autores, se refieren a casos muy particulares en que dicha sangre se ha recogido en la misma roséola, manchas eritematosas de la piel, etc., pero que en la sangre de la circulación general la mayoría de los autores que han publicado los resultados de investigaciones sistemáticas en una serie de casos, llega como nosotros, a la conclusión de que no son demostrables al microscopio, y que la explicación que nos parece más razonable es la de la existencia de formas del parásito todavía desconocidas, pudiendo quizás ser alguna de ellas los filamentos rectilíneos que nosotros hemos encontrado alguna vez, sin que esto quiera decir aventuremos sobre este último punto una opinión definitiva, sino que nos limitamos a señalar la observación. Creemos, en fin, que se trata de un asunto de gran interés y que merece atraer la atención de los investigadores, puesto que de este estudio podían derivarse soluciones para muy importantes problemas en sifiliografía.

A preguntas del Dr. Navarro Martín sobre si en algunos de los casos investigados se ha hecho reactivación, contesta

el Dr. Calvin diciendo, que fundándose en los resultados expuestos por ciertos autores de reactivación microbiana en otras enfermedades producidas también por protozoos (paludismo, tripanosomiasis), ha hecho en siete, de los 34 casos referidos, reactivación con adrenalina, á pesar de lo cual, los resultados continuaron siendo negativos.

DR. BARRIO DE MEDINA.

Bibliografía. (1)

LES SYNDROMES ANÉMIQUES ET LEUR TRAITEMENT, por R. J. Weissenbach. Un volumen de 376 páginas de la *Bibliothèque des grands syndromes*.—Gaston Doin, Editor.—Precio, 25 francos.

Este libro constituye un estudio completo, aunque conciso, de las diversas formas clínicas de las anemias, con las particularidades propias de las diferentes formas etiológicas. Escrito, realmente, para los prácticos, constituye un compendio de diagnóstico y de tratamiento de las anemias.

Deja á un lado el autor la discusión minuciosa de las clasificaciones propuestas para el estudio de los síndromes anémicos, y colocándose en un punto de vista clínico ante todo, pero considerando también el punto de vista hematológico, divide las anemias en dos tipos, que constituyen dos síndromes bien individualizados, á pesar de la existencia de rasgos comunes y, á veces, de fenómenos intermedios: las anemias graves de marcha crónica, á veces subaguda, progresiva, ó más frecuentemente con remisiones, de etiología variable, en algunos casos todavía indeterminada, que forman el grupo de las anemias perniciosas, y las anemias ligeras ó medianas que, con ligeros matices, se confunden en el mismo cuadro clínico; para simplificar el lenguaje, Weissenbach engloba á estas últimas en la denominación de anemias simples. Su carácter habitual y más importante es el de añadirse á los signos de una afección causal que el síndrome anémico acompaña, complica, modifica ó enmascara en parte.

Pero si todos los casos de anemia pueden, desde el punto de vista de la descripción de los síntomas, entrar en uno de los dos tipos indicados, desde el punto de vista de la evolución, del pronóstico y de las indicaciones de tratamiento, dos factores juegan un papel predominante: la etiología, la causa anémica, por una parte, y por otra, el terreno, que depende, sobre todo, de la edad del individuo. Teniendo presente estos dos factores, el autor describe las formas clínicas de las anemias.

En la descripción de los dos grandes síndromes, el autor se extiende principalmente, como es bien lógico suponer, en el estudio de la hematología. Desde el punto de vista clínico, en las anemias de tipo pernicioso describe las formas hemorrágicas, las formas febriles y las formas ictericas. Basado después en las alteraciones citológicas, separa las anemias perniciosas plásticas de las aplásticas, es decir, de las que no van acompañadas de signos de regeneración sanguínea.

Resalta por su notable interés el capítulo en que se estudian las modificaciones de las propiedades biológicas del plasma, del suero y de los hematíes. Bien conocidos son por los hematólogos los trabajos de Weissenbach en colaboración con el profesor Widál sobre las resistencias globulares, las propiedades hemolíticas y las propiedades antihemolíticas del suero. El estudio comparado de estas propiedades y de sus variaciones en el curso de la evolu-

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

ción de los estados anémicos, es quizá el que mejor puede permitir la interpretación de los fenómenos observados en estos síndromes.

Se ocupa también Weissenbach de las alteraciones que se observan en los órganos hematopoyéticos, haciendo un resumen breve pero completo de los datos que pueden tener significación clínica para el diagnóstico y para el pronóstico.

El capítulo que trata de las formas clínicas de los síndromes anémicos es digno de relieve; las anemias por hemorragias, las anemias en las infecciones microbianas agudas y crónicas («filis, tuberculosis»), las anemias parasitarias (paludismo, leishmaniosis, anquilostomiasis, botriocéfaliasis) y las anemias en las intoxicaciones (saturnina, mercurial, por el benzol, etc.) están descritas con la extensión que corresponde a su importancia en la práctica. Lo mismo sucede con las anemias cancerosas, las secundarias a la acción de los rayos X, del radio y de los cuerpos radioactivos, las anemias en los síndromes de disfuncionamiento endocrino, en los trastornos del metabolismo y en las enfermedades por carencia y las avitaminosis. Muy interesante es también el estudio de las anemias en las afecciones viscerales, en las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos («síndromes asociados») y el de las anemias criptogenéticas.

Después de estudiar las formas clínicas según la causa, trata el autor de las formas clínicas según las edades (anemias del lactante, del niño y de la adolescencia ó del período de pubertad). Esta distinción es bien fundada porque las causas anemiantes en el niño, actúan sobre un organismo cuyos órganos hematopoyéticos están todavía en un estado particular, consecuencia del funcionamiento especial de estos órganos durante toda la vida intrauterina. La anemia pseudo-leucémica es una de las más características de este grupo, y su descripción clínica es hecha con gran claridad y acierto por el autor; igualmente claros y precisos están expuestos los síntomas hematológicos. El estudio de la clorosis que hace Weissenbach y de las anemias del embarazo son de los más interesantes de la obra.

En breves capítulos se ocupa del diagnóstico, pronóstico y patogenia de los estados anémicos en conjunto. Para explicar la patogenia de las anemias admite tres mecanismos: hemorragia, hiperhematolisis ó destrucción exagerada de glóbulos rojos y vicio de fabricación globular (dihematopoyesis, anhematopoyesis).

Los capítulos que se refieren al tratamiento ocupan la tercera parte del libro. En ellos se exponen con claridad y precisión las indicaciones, las contraindicaciones, los resultados y el modo de empleo de las medicaciones y medicamentos eficaces antiguos y modernos para las anemias. Se describen las técnicas de los diversos métodos de transfusión sanguínea, indicando con detalle los cuidados que deben tenerse presente para la elección del dador, las indicaciones del método, los incidentes y accidentes y los resultados que se obtienen. Con especial detalle está descrito el procedimiento del autor, la transfusión subcutánea de sangre citratada, de empleo muy interesante para la práctica diaria. La esplenectomía, los rayos X, el radio y los tratamientos hidroterápicos son debidamente considerados. Además, aparte de exponer con extensión los métodos de tratamiento generales, se ocupa Weissenbach del tratamiento causal de las anemias, consignando, como en todas las materias de su libro, las últimas adquisiciones de la ciencia.

Es, en resumen, este libro un compendio excelente para el clínico y el médico práctico del estado de nuestros conocimientos actuales sobre las anemias. No se encontrarán en él descripciones de métodos y técnicas de laboratorio, sino descripciones de síntomas y su interpretación diagnóstica y

pronóstica. Claro está que en un asunto tan eminentemente hematológico como las anemias, los datos hematológicos son capitales y en ese sentido el autor los describe al lado de los síntomas clínicos con la importancia necesaria.

DR. EMILIO LUENGO

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Acción hipotermizante de la retención azoada en el curso de una fiebre tifoidea, por A. Lemierre y E. Bernard.—Los autores publican con los menores detalles la historia clínica de una mujer de veintiocho años, que ingresó en el hospital en el segundo día de una fiebre tifoidea grave, que se traducía, entre otros síntomas, por una adinamia profunda y por una diarrea profusa con incontinencia de materias y de orinas. Como además se trataba de un caso manifiesto de obesidad, el pronóstico que mereció desde el primer momento fué muy sombrío.

A los pocos días de estancia en el hospital, y a pesar de haber descendido la temperatura desde más de 40° a 39,5, el estado general se agrava; el estupor se acentúa, los ruidos del corazón se notan más apagados y las bases pulmonares se congestionan. Se practica una inyección intravenosa de tripaflavina. En los días que siguen baja la temperatura, en tal forma, que tres días después de la inyección había descendido a 37,8.

Sin embargo de ello, el síndrome tifoide no sufre la menor modificación: la adinamia, la diarrea y la incontinencia de heces y de orinas, no sólo persisten, sino que aún se agravan. Este contraste entre la caída de la temperatura y el estado tifoide, y, por otra parte, la notable persistencia del tinte amarillo en los tegumentos, debido a la tripaflavina, atestiguando una eliminación particularmente lenta del medicamento, invitan a practicar la dosificación de la urea de la sangre que da la cifra de 1,23 gramos.

La azotemia va ascendiendo hasta llegar en seis días a 3,57 gramos, entretanto que la temperatura ha ido bajando cada vez más, hasta mantenerse entre 38,5 y 37°. El estado general continúa siendo grave y sobrevienen hemorragias intestinales: no obstante, el pulso se ha hecho más lento y los síntomas pulmonares han desaparecido.

Pero he aquí que la azotemia desciende pasando sucesivamente por 3,07, 1,21 y 0,98, para llegar a la cifra normal de 0,37, nueve días después de su máxima ascensión. Paralelamente al descenso de la azotemia, la temperatura vuelve a elevarse hasta los alrededores de 39° y reaparecen los síntomas de una fiebre tifoidea ataxoadinámica con delirio, temblor y carfología. Bien es verdad que esta reaparición de la fiebre es sólo pasajera, pues rápidamente desciende la curva térmica, ésta vez ya de un modo definitivo, sobreviene la poliuria y se establece la curación sin contratiempos.

Aun cuando a esta enferma se la ha puesto por dos veces una inyección de 0,50 de tripaflavina, los autores no creen que este medicamento haya sido la causa de una desaparición tan prolongada de la fiebre, que es lo que constituye el dato curioso de esta observación, sino que opinan, por el contrario, que ello ha sido debido a los efectos hipotérmicos de la azotemia, ya señalados por algunos autores, la cual, en este caso, ha ejercido una influencia favorable sobre la evolución de una fiebre tifoidea que envolvía un pronóstico evidentemente temible. Sin embargo, la idea de que la insu-

ficiencia renal, lejos de ser perjudicial, pueda ser de utilidad en una enfermedad infecciosa, envuelve una hipótesis tan paradójica, que los autores apenas se atreven á esbozarla.

La acción hipotermizante de los residuos azoados retenidos en la sangre á consecuencia de una insuficiencia renal aparece ya en las nefritis apiréticas, pero la naturaleza se encarga de proporcionar una demostración más ostentosa todavía y tan demostrativa como una experiencia fisiológica, creando azotemias elevadas aunque pasajeras en el curso de los estados mórbidos habitualmente hiperpiréticos, en los que las oscilaciones de la temperatura, bajo la influencia de oscilaciones inversas en la cantidad de la urea sanguínea, adquieren una amplitud más considerable, que hace que se las vea como á través de un cristal de aumento. Por creer los autores que su historia clínica es un caso de esta naturaleza, es por lo que han creído interesante darla á conocer. (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, núm. 24, 10 de Julio de 1924.)—T. R. Y.

2. El mal de mar y su tratamiento, por Signoret, médico de Sanidad marítima.—La sintomatología del mareo es tan diversa, que, en realidad, no hay un sólo mal de mar, sino varios que requieren, en consecuencia, tratamientos diferentes y aun opuestos.

Dejando á un lado las formas puramente sugestivas, mucho más frecuentes de lo que se cree, la variedad de mareo más corriente, es la que pudiéramos llamar forma gástrica espasmódica. El pasajero, al poco tiempo de embarcarse, empieza á sentir vértigos y una sensación cefálica muy penosa y vómitos repetidos, estando el estómago vacío, cada vez más dolorosos, que le obligan á solicitar la intervención del médico, el cual se verá precisado á reconocer con suma frecuencia en esta forma la ineficacia de sus prescripciones. Desde luego debe abandonarse en absoluto la administración de inyecciones de morfina y cocaína, pues para que sean eficaces requieren unas dosis casi tóxicas que dejan al enfermo al llegar al puerto en un estado deprimido, nauseoso y, á veces, grave. He aquí el tratamiento que recomienda el autor para esta variedad:

Antes del embarque, se aconsejará al pasajero que procure mantener en la posición más conveniente los órganos caídos de su sitio, dilatados ó desviados: ptosis renal, dilatación gástrica, desviaciones uterinas, recomendándole que lleve una venda de franela bien apretada en la región epigástrica, pero evitando toda constricción torácica. Se tomará un laxante el día de la partida por la mañana y hará una comida ligera tres horas antes del embarque. A bordo, se tenderá sobre el lado derecho en posición de gatillo de fusil, con la cabeza ligeramente elevada. Evitará la luz viva y procurará atenuar todo lo posible los ruidos exteriores con el uso de tapones de algodón en rama en los oídos. Si no hay contraindicación ó susceptibilidad individual particular, se le pondrá una inyección hipodérmica de un cuarto de miligramo (como máximo) de atropina, la cual es preferible á la escopolamina que necesita la adición de una dosis décuple de un antídoto fisiológico, la morfina. En todos los casos se prescribirá el benzoato de benzilo, mejor bajo la forma de Rhodazil, á la dosis de dos gotas por año de edad en un poco de agua fría azucarada ó no, que se renovará cada tres ó cuatro horas. Galletas y bizcochos secos, champagne helado y té ligero helado. Si el médico no es requerido hasta que el mal de mar se ha desencadenado ya, procederá en primer lugar á lavar el estómago con un gran vaso de agua caliente y administrará á continuación el benzoato de benzilo, que podrá repetirse á la media hora y aun al cuarto de hora. A falta de benzoato de benzilo pueden obtenerse buenos resultados, aunque no tan excelentes, de la

administración, tres veces al día, en agua azucarada de XX gotas de la siguiente fórmula:

Cloroformo medicinal.....	2 gramos.
Alcohol de menta.....	15 —

Ante la frecuencia de la variedad que acabamos de exponer, quedan relegadas á un plano de menor importancia todas las demás formas de mareo, las cuales conviene, sin embargo, conocer agrupándolas á tal objeto en la siguiente clasificación:

Forma gástrica simple: uno ó dos vómitos muy fáciles y abundantes, ordinariamente imprevistos, y el enfermo queda aliviado y en condiciones de soportar la travesía con tal de que prolongue algún tiempo la posición horizontal y evite el tabaco, las bebidas calientes ó excesivas y toda alimentación de digestión lenta y difícil. Si el médico es llamado en el momento de los vómitos, una dosis de XL gotas de Rhodazil, que no habrá necesidad de repetir, bastará, generalmente, para restablecer las cosas á su lugar.

Forma cefálica con síntomas de anemia cerebral: cefalea, pesadez de cabeza, vértigos, zumbidos de oídos, náuseas sin vómitos, anorexia é insomnio con irritabilidad nerviosa. En esta forma, el enfermo permanecerá tendido con la cabeza más baja que el cuerpo y tomará cada cinco minutos, hasta conseguir el alivio ó el sueño, una cucharada de las de café de:

Bromuro de potasio.....	2 gramos.
Agua destilada.....	aa 45 —
Jarabe de cloral.....	

ó un sello con 0,15 de piramidón y 0,25 de veronal, tomado en un poco de té y repetido á la hora, si el primero no produce alivio. También puede administrarse la fórmula siguiente á la dosis de una á tres cucharadas de las de sopa cada veinticuatro horas:

Solución alcohólica de trinitrina	
al 1 por 1.000.....	XX gotas.
Agua destilada.....	150 gramos.

Forma cefálica con síntomas de congestión cerebral: cefalea, atontamiento, bostezos, somnolencia. Evítese cuidadosamente el opio y el cloral y hágase una inyección subcutánea de atropina, á la que se asociará uno ó dos miligramos de estricnina por centímetro cúbico, que se repetirá cada seis horas, salvo contraindicación orgánica, en cuyo caso se reemplazará por el benzoato de benzilo que encuentra aquí también indicación.

Forma adinámica: postración rápida y completa y torpeza, sin acompañamiento de cefalea ni de vómitos; aun después de la llegada al puerto, que en las formas precedentes basta para restablecer la normalidad, el estado adinámico persiste durante varias horas. Se averiguará si el enfermo ha tomado algún medicamento ó especialidad tóxica y se combatirá el trastorno con inyecciones de aceite alcanforado, de esparteína, de cafeína y de estricnina. Régimen: pan tostado, carne asada y frutas.

Además de las variedades de mareo que acabamos de exponer, existen formas mixtas, pero sólo rara vez encontraremos dificultades insuperables para encerrarlas en la clasificación precedente y para obtener el resultado apetecido con el tratamiento conveniente. (*La Presse Médicale*, número 54, París, 5 de Julio de 1924.)—T. R. Y.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Sobre la augendiagnosis, por León Varnier.—En un artículo reciente de *La Presse Médicale* se hacía un es-



tudio crítico del «pretendido diagnóstico de las enfermedades por los ojos», en el que se terminaba afirmando la inutilidad del procedimiento.

El autor, que lo es asimismo de un volumen anterior, en el que se defienden ardorosamente las excelencias de la «augendiagnosis», y en el que se expone y detalla minuciosamente su técnica, contesta en el mismo periódico con una correspondencia, de la que entresacamos algunos párrafos y conceptos.

Yo, dice el autor, practico el examen del iris, la iriscopia, desde 1911, y he podido convencerme de que existe una relación constante entre la superficie del iris y las demás regiones del cuerpo, en tal forma, que toda inflamación, irritación ó destrucción se halla inscrita en el sector iridiano correspondiente. Es evidente que la observación es más ó menos fácil según que el color del iris sea más claro ó más oscuro, pudiendo los muy oscuros llegar á ser á veces indescifrables.

El autor sigue diciendo que él no ha inventado nada en su libro, sino que se ha limitado á publicar los trabajos de Pecely, de Liljequist, de Schlegel y de Anderchon, y el resultado de sus propias observaciones, que confirman en un todo las opiniones de aquéllos.

Si á los autores del artículo (Mondain, Tilmant y Benoit) no les ha ocurrido lo mismo, él lo atribuye á que han aplicado el método con algunos errores de técnica y de interpretación, los cuales expone.

Otro reproche que se ha dirigido contra la augendiagnosis es el que no explica el cómo y el porqué de tales fenómenos iridianos, á lo cual contesta el autor sinceramente, diciendo que no lo hace porque no lo sabe. El no es un sabio teórico, sino un médico práctico que al tener noticia del procedimiento tuvo la idea de ponerle en práctica, habiéndolo hecho con resultados tan sorprendentes, que se ha creído en el caso de darlos á la publicidad. Pudo acrecentar su reputación guardando exclusivamente para sí un método de diagnóstico desconocido en Francia; pero no sólo no lo ha hecho, sino que ha inventado un aparato, el irigrafo, que permite fotografiar los dos iris á la vez y la posibilidad de registrar las señales iridianas y de conservar así un documento que permita estudios comparativos ulteriores. (*La Presse Medicale*, núm. 52, 28 de Junio de 1924).—T. R. Y.

NEUROLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La desigualdad pupilar ó signo de Roque en otorrinolaringología, por Vernieuwe.—El autor ha observado miosis unilateral en el 36 por 100 de los casos de anginas flegmonosas. Opina, como Vincent, que la miosis aparece cuando la inflamación afecta seriamente al velo del paladar. En ciertos casos, una miosis latente puede ser puesta de manifiesto mediante la instilación en los dos ojos de un colirio de clorhidrato de cocaína al 4 por 100. Esta miosis revela una excitación refleja del tercer par nervioso, originada en el velo del paladar.

En otorrinolaringología, lo más frecuente es que la anisocoria sea debida al gran simpático, el cual, al ser excitado, originará una midriasis unilateral, seguida de miosis si sobreviene la parálisis. Así se produce desigualdad pupilar á consecuencia de aneurismas, de tumores mediastínicos, y, principalmente, del infarto de los ganglios cervicales. Se puede observar la anisocoria de origen linfático en sus dos fases sucesivas en pacientes afectos de tumores malignos de la amígdala, de la rinofaringe ó de la laringe, de linfomas malignos del cuello, de bocios en degeneración, et-

cetera. Relaciona el autor estos hechos con los observados por Sergent y sus discípulos, principalmente en la pleuresía apical y en las heridas de guerra que afectaban al simpático. (*De Le Scalpel*, Rivet; *la Presse Medicale*, 29 de Marzo de 1924).—PELÁEZ.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de los edemas por las sales de calcio, por Rockwood y Barrier.—Los autores, á imitación de Blum, han tenido ocasión de emplear las sales de calcio en el tratamiento de siete casos de edemas masivos de origen nefrítico y diabético, que se habían mostrado rebeldes á todos los demás tratamientos. En seis casos, los edemas han desaparecido completamente. Las dosis usuales empleadas han sido de 12 á 18 gramos por día bajo la forma de lactato ó de cloruro: con el primero, menos rico en calcio, las dosis necesitan ser mayores. En algunos casos, los edemas obedecieron al lactato, más fácil de tomar que el cloruro, pero en otros, este último se mostró de una eficacia superior: en un enfermo los edemas, no influenciados por el lactato (18 gramos al día), cedieron al cloruro que le substituyó á la dosis de 9 gramos por día. Ningún otro diurético fué empleado durante el tratamiento. El régimen pobre en cloruro de sodio y agua contribuye poderosamente á la acción de la cura cálcica, aun cuando en un enfermo que no fué sometido á este régimen pudo, sin embargo, manifestarse eficazmente la influencia del calcio sobre la diuresis y los edemas. Las dosis pequeñas, de 1 á 3 gramos por día, han producido sobre los edemas efectos absolutamente nulos.

Es probable que los beneficiosos efectos del régimen lácteo en el curso de las nefritis sean debidos en parte á su riqueza en calcio actuando en favor de la diuresis. (*Análisis de La Presse Medicale*, núm. 58, 19 de Julio de 1924).—T. R. Y.

2. El tetracloruro de carbono en la filariasis, por S. Adler.—En vista de la eficacia del tratamiento de los nematodos intestinales por el tetracloruro de carbono administrado por vía oral, decidió el autor ensayar su efecto administrado por las vías intravenosa é intramuscular sobre la filariasis. Antes de tratar individuos humanos, hizo pruebas en perros sanos. En cuatro casos de filariasis inyectó por las vías indicadas dosis de 0,5, 1 y hasta 2 c. c. de tetracloruro de carbono con intervalos de cinco días. La inyección intramuscular produce dolor local que cesa al cabo de cinco á diez minutos. No hubo efectos analgésicos marcados después de desaparecer el dolor local. La inyección intravenosa del medicamento mezclado con éter produjo un grave ataque de tos que comenzó durante la inyección y duró algunos minutos; un caso se quejó de sensación de quemadura en la boca; todos los casos presentaron sueño después de la inyección, sin que pueda decirse si el sueño se debe al éter ó al tetracloruro. Ningún caso tuvo albuminuria. Tampoco se observó una disminución notable de las microfilarias en la sangre, aunque es imposible, en el caso de la *Filaria Bancrofti*, formar juicio sobre el efecto de los gusanos adultos. Debe ensayarse la acción del tetracloruro sobre todo en los casos de *Filaria loa* para poder emitir juicio seguro de su efecto sobre la filariasis. (*Anal. of Trop. Med. and Parasitology*, 13 de Octubre de 1923).—E. LUENGO.

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por *Diego Carlán*. — Alrededor del Congreso de Sevilla, por *C. M. Cortez*. — En Inglaterra disminuye el número de estudiantes de Medicina. — Disminuye el número de estudiantes de la Universidad de Berlín. — Actua- lidades, por *Sedísal*. — Medidas de higiene. — Sección oficial: Gobernación. — Gracia y Justicia. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Otra vez las aguas de Madrid. — La lozoyarquía.

La innegable y celosa actividad del joven alcalde de Madrid Sr. Conde de Vallengano, la coincidencia con la escasez de lluvias de la reunión plenaria de nuestro Concejo y quizás quizás algunas otras causas menos visibles y justificadas en que pudiera verse un interés en alarmar al vecindario de la capital con la amenaza de una escasez subjetiva de las aguas potables, han hecho que en estos días resurja con nuevas proporciones el problema *cuantitativo* de la dotación de aguas de Madrid.

No solían ser estos días lluviosos del otoño los en que este problema se planteara; pero las condiciones meteorológicas de los últimos meses parecen justificar, en cierto modo, este aparente anacronismo. Con el pretexto de la escasez y la exagerada amenaza de la falta, se ha dado lugar á intervenciones, algunas de ellas como la del Sr. Navarro Enciso, aceptadas en su mayor parte; otras en las que se parte de afirmaciones gratuitas, dándolas por cosas demostradas, y otras, por fin, en que se refleja el habitual procedimiento de suponer que los problemas nacen en el momento en que en ellos se ocupa el escritor á que bien le place.

Si no temiéramos aburrir á la gran mayoría de nuestros lectores, con reproducir lo que desde hace años venimos diciendo podríamos demostrar que para EL SIGLO MEDICO ni es nuevo el problema, ni exacta la proporción en que se ha querido (sabe Dios por qué) hacer pasar como verdad inconcusa, ni merecen completo crédito las afirmaciones que amparándose en no sabemos qué datos técnicos se hacen, ni siquiera la afirmación de que desde hace muchos años no se había practicado un reconocimiento á todo lo largo de la cuenca del Lozoya, por otras representaciones que las gerentes y directivas de dicho Canal. Sin ir más lejos que á este último punto, podemos recordar la comisión que nombrada por el Sr. Cierva y constituida por los señores Cajal, Cortez, Chicote, Madrid Moreno y el profesor de la asignatura de Dotación de aguas de la Escuela de Ingenieros D. Antonio Sonier, recorrió

los itinerarios de las cuencas del Lozoya y de Santillana, advirtiéndole unas veces pública y otras oficialmente defectos y descuidos que pudo demostrar con las fotografías tomadas durante la expedición. Motivos entonces inexplicables, pero que quizás luego el tiempo ha ido aclarando, interrumpieron la actuación de tan bien escogida entidad, pero no la de parte de ella que inspirando al Ayuntamiento de Madrid le ha llevado en repetidos casos á acuerdos y afirmaciones que nosotros nos hemos permitido calificar de infundados como son los de la absoluta impotabilidad de las aguas de los viajes antiguos, afirmación que ha servido para fomentar la pérdida de estos riquísimos veneros y el regocijo de los que quieren demostrar que Madrid no puede tener más que un origen de agua potable.

Contra esta última afirmación, es contra la que nosotros hemos pugnado constantemente y contra ella es contra la que apelamos al inteligente y desinteresado alcalde señor conde de Vallengano y á los señores concejales del Ayuntamiento que hoy nos rige: Madrid ha tenido y tiene muchas más aguas de las que le proporciona el Canal de Lozoya; las tiene de *pie* en multitud de fincas, á cuyos propietarios se les ha consentido que abandonen los manantiales ó los tengan en un estado de descuido, que algún día podrá dar motivo á un duelo efectivo en la población; las tiene procedentes de los antiguos viajes, que eran suficientes en el año 1860 para sostener corriendo día y noche más de 20 fuentes *monumentales*, á las que, con aplauso de todos, vino á dar ayuda, *pero no debió sustituir del todo, el Canal de Isabel II*; las tiene en los principales de sus parques, que hoy han sustituido el sistema de riego que siempre se mantuvo con mucha más arboleda que la que ahora ostentan y que hoy han acudido al cómodo sistema de la manga agotando las dotaciones y encharcando, en cambio, las avenidas del modo evidente que todos lamentamos.

El problema merece una indagación, siempre que se practique por elementos completa y absolutamente independientes, que no aparezcan ni hayan aparecido interesados ni en la solución actual ni en las de orden económico, que pudieran estar

paralelamente planteadas y sobre cuya resolución tanto efecto pueden producir las teatrales alarmas que ahora se plantean.

Nos es imposible analizar por hoy todos estos puntos; antecedentes hay sobrados para quien quiera enterarse del conjunto del problema leyendo los dictámenes que existen en los expedientes suscitados por las entidades que constantemente apelan á la ayuda del Erario, cuando después de setenta años de administración de una copiosa dotación de aguas no han podido ahorrar para sus mejoras ni una peseta que entrase en el Tesoro y á la cual pudiera hoy acudir, como se ha acudido para remediar el mal efectivo ó aparente, y en cambio, solicitan y obtienen empréstitos, cada uno de los cuales promete resolver definitivamente la cuestión; á cada una de estas afirmaciones nuestras, estamos dispuestos á responder detalladamente y documentalmente si á ello se nos incita. Entre las cosas dichas por el señor Enciso es notable la afirmación de la falta de presión del agua en los pisos altos: esto, que para muchos madrileños ó forasteros parecerá cosa de poca importancia, se lo pueden contar á la Hidráulica de Santillana, quien armada nada menos que de una ley votada en Cortes, no ha logrado al cabo de más de veinte años que se le consienta reparar el mal que hoy se lamenta. También es curioso lo que se dice en las mismas Instrucciones respecto á la clausura de las fuentes monumentales durante la noche. ¿Dónde están esas fuentes monumentales? Allá por los años del 55 al 60, es decir, antes de que llegara á Madrid el Lozoya, sí las había y quizás la afirmación de hoy sea un recuerdo de algún anciano de aquellas épocas; pero hoy, ¿qué fuentes monumentales existen y, sobre todo, cuáles corren durante la noche? Porque las que taxativamente se citan, que son la de San Gil, la Encarnación y Capuchinas, son muy anteriores, *secularmente* anteriores á la venida de las aguas que debiendo ser un auxilio para la población de Madrid, han llegado á constituir un monopolio molesto hoy y *peligrosísimo*, entiéndase bien, *peligrosísimo* para el día de mañana.

Bien venido fuera el Lozoya; beneficios indudables prestó al bienestar y á la higiene de Madrid; pero esta no es una razón para que nos coloquemos incondicionalmente bajo una lozoyarquía, que puede ser económicamente ruinosa, higiénicamente peligrosa y estratégicamente amenazadora.

Con dar á cada uno lo suyo se realiza la justicia; pero con el apoderamiento egoísta de un solo factor no puede llegarse más que al desastre.

Qui potest capere, capiat.

DECIO CARLAN

ALREDEDOR DEL CONGRESO DE SEVILLA

Quitada parte de la carbonilla, ya que no del polvo del camino; reposado el ánimo de las múltiples y encontradas emociones de cinco días de actividad febril; reconocido el deber de emitir opinión franca y desinteresada, acerca de un acontecimiento solemne, que tendrá importancia histórica y que la tiene extraordinaria de actualidad para las ciencias médicas americanas y españolas, he querido abordar la no fácil tarea de emitir un juicio, siquiera sea provisional y ligero, acerca de la Asamblea que en Sevilla acaba de celebrarse. Al pretender hacerlo, han solicitado mi atención varios aspectos del asunto, todos los cuales no podían ser tratados por sola una persona, lo mismo si se consideraba en lo que merecían de puntualidad en el copioso número de los temas, que en lo que ofrecían de disparidad en su diversa naturaleza. El número de memorias, revistas científicas, periódicos políticos y documentos de toda especie que se ofrecen con igual derecho á ser enumerados, imponían una clasificación, y el reconocimiento de la incompetencia para juzgar cosas tan dignas de atención y estudio, aconsejaba una parsimonia discreta que sólo con un procedimiento lento pudiera llenarse.

Esperar á que las actas del Congreso nos suministren el conjunto de los trabajos á él remitidos, equivale ó á prescindir de tal examen (por si acaso sucediera como alguna otra vez que no llegaran á publicarse), ó á llenar casi exclusivamente nuestro periódico por espacio de mucho tiempo con la reproducción de tales trabajos.

Como esta parte de exposición científica se presta á cierta reducción, en la que, sin ofensa del mayor número, pueda irse adelantando aquello que como más interesante se nos ofrece, hemos creído preferible el dejar á un lado, aun siendo ella la más substancial, esta parte de nuestro trabajo informativo, en la que podrán ocuparse plumas más especializadas y á la que podrá responderse de un modo metódico y sucesivo en el que han de dar principal ordenación los deseos de los autores de los trabajos referidos.

Desde nuestro próximo número empezaremos, pues, la publicación de comunicaciones y memorias, según bondadosamente nos han sido enviadas por sus autores; pero hoy para dar una idea de conjunto de lo ocurrido en Sevilla, y juzgando que debemos hacerlo por las contrapuestas y no siempre mesuradas críticas que gran parte de la prensa ha anticipado, vamos á decir las impresiones principales de quien por razones que no son de este lugar, ha permanecido más que en el Congreso, al margen ó alrededor del Congreso.

Apresúrome á decir que éste, juzgado con imparcialidad y con la autoridad relativa que da el hecho de haber asistido á muchos análogos, en España desde el 1.º de 1865, pasando por el olvidado de Sevilla de 1876 y por los internacionales de Higiene, de Ciencias Médicas, etc., etc., y uniéndolos en el pensamiento al recuerdo de muchos otros de París, Bruselas, Venecia, Roma, Nápoles, Moscu y varios otros; recordando y

comparando, decía, y sobre todo procurando hacerme cargo de las circunstancias, de los tiempos y de las cosas, lo primero que me adelanto á declarar es que este Congreso no sólo ha sido un éxito, sino un grande éxito. El ha mostrado toda la virtual energía de la Clase médica española, no comparable con otra alguna colectividad profesional ni científica; pues, seguramente, si por otros se intentara empresa siquiera parecida, sería de ver lo que como resultado se obtuviera.

No reconocemos en España, en otra clase profesional, capacidad para reunir dos mil individuos que acudan llenos de entusiasmo, dejando sus quehaceres, procurando incomodidades que no les pueden coger de nuevas é imponiéndose gastos y sacrificios que á nadie se le ocultan; y si por el número y el entusiasmo, hay otra clase, que es la del Magisterio, que reúne Asambleas semejantes, en lo que no se parece á la nuestra es en el contenido espiritual y desinteresado de la labor científica y de progreso, dejando á un lado y en sitio casi inadvertido las mejoras materiales, las aspiraciones de bienestar y las pretensiones, siquiera sean legítimas, pero que no deben ser exclusivas, por las ventajas materiales.

Exito ha sido el Congreso Médico por el número y por la calidad de los concurrentes españoles, entre los cuales con regocijo veíamos desde los rectores y catedráticos de los Centros universitarios de todos los extremos de la Península y los especialistas y prácticos de mayor reputación, que han demostrado una vez más que no tan sólo en el escalafón docente se cultiva la ciencia médica española, hasta los más modestos médicos de localidades lejanas que, ansiosos de respirar el ambiente purificador de la alta ciencia y al propio tiempo de contribuir á su adelanto con la labor práctica y estimable de sus observaciones, han venido en proporción verdaderamente digna de aplauso.

Exito ha sido, y muy grande, el conseguido, al traer desde los remotos países en donde pueden gozar de la fama, de la estimación y del aplauso que cada uno de ellos ha sabido conquistarse en su patria, á cerca de medio centenar de médicos americanos, á quienes no acertamos á saber si tan sólo han venido como obreros de la Ciencia ó también como hermanos cariñosos que con nosotros han querido festejar á la madre patria común. La significación de esto último es tan grande, que nos llevaría por sí sola á consideraciones y comentarios encomiásticos que preferimos dejar al buen juicio de cada uno de nuestros lectores. Bástenos decir en breves palabras que el Congreso Médico de Sevilla ha marcado de modo indeleble para lo porvenir el sello de la *medicina de habla española*, que podrá de hoy más presentarse al lado y en frente de las de todos los países cultos.

El espíritu que ha dominado entre los americanos y españoles, es, por lo que ha tenido de espontáneo y por lo que ha significado de idéntico en la aspiración y en el propósito, el paso mayor que ha podido darse en el hecho histórico de la refundición de nuestra raza. Lo que la diplomacia, la política, las transacciones é intereses comerciales y los propósitos mejor encamina-

dos de los Gobiernos no han conseguido en todo el siglo que media desde la separación política de nuestras provincias americanas, lo ha comenzado á labrar, con solidez de cimiento inquebrantable, el abrazo que los médicos de allende los mares han ofrecido generosamente á los que aquí con anhelo los esperábamos. La labor venía efectuándose por medio de *exploradores* y de comisiones aisladas que iban y venían como batidores de gran acontecimiento: hoy es este un hecho que no creemos que desmienta el sucesivo desarrollo de la Historia.

Exito ha sido el Congreso, como lo demostró la suntuosa fiesta inaugural efectuada en aquel elegante teatro de San Fernando bajo la presidencia del jefe del Estado, y con la asistencia de lo más importante y lucido de la capital andaluza.

Exito ha sido en aquella inauguración de la exposición efectuada en los incomparables edificios de la plaza de América, en los que la vista no podía atender á los objetos expuestos, embriagada en la contemplación de las bellezas del local y... ¿por qué no decirlo?, en las bellezas de las visitantes.

Ahora bien, si el Congreso ha sido un éxito por el contenido científico de las conferencias verdaderamente notables y de las memorias numerosas y exquisitas que á cada sección se han enviado; si ha sido un éxito por la cantidad y la calidad de la concurrencia y por el alborozo y espíritu cordial que en la mayoría de sus actos ha dominado, ¿qué significa, ni quién se acordará de tal ó cual rozamiento, de esta ó de aquella deficiencia de organización, de tal ó cual olvido, bien justificable en la natural confusión impuesta por las circunstancias?

Muchas quejas han llegado hasta nosotros; á todas ellas hemos contestado lo mismo: «Los defectos que no son de la voluntad, no son pecados; los que acuden á reuniones de esta especie, bueno es que lo hagan con la esperanza de que todo resulte perfecto; pero sería imperdonable el que lo conservaran algún tiempo como agravio.» Cuando hayan transcurrido algunos meses, todos se acordarán con regocijo de su asistencia al Congreso Médico de la reina del Betis.

Esta cuenta nos hicimos desde que, pasados los primeros momentos, comprendimos que no cabía ser muy exigentes en materias de orden, de consideraciones recibidas y de programas realizados. Y al hacernos tal consideración, bien pronto la reforzamos con la de que en Sevilla siempre hay margen para admirar, alegrarse y considerarse dichoso.

Que no se sabe dónde se reúne tal sección; que no se ha recibido á tiempo el aviso de tal conferencia; que no se ha tenido invitación para tal acto; pues lo mejor es no complicar con quejas ni con exigencias, cuando se está en una ciudad en la que lo difícil es aburrirse y pasarlo mal, aunque se lo proponga el que va á ella y parezca que se lo proponen los que por un concepto equivocado han creído que eran cosas fáciles de realizar las que necesitan, además de la buena voluntad y de la inteligencia natural, mucha experiencia y alguna costumbre.

Dicho esto, que es más de lo que decir me proponía, voy á transcribir algunas impresiones personales acerca de lo por mí visto y disfrutado durante el Congreso y al margen del mismo.

Como no me propongo salir del terreno médico, he de hablar lo primero de las modificaciones y de las extraordinarias mejoras que desde mi última estancia en Sevilla he podido advertir en mi visita al Hospital Central. Éste constituye, sin duda alguna, uno de los nosocomios más importantes, mejor organizados y el más bello de cuantos hay en España.

Aquellas hermosas galerías con arcos esbeltos y ligeros dando sobre jardines y tapizadas por azulejos y mayólicas del gusto más exquisito; aquellos suelos limpios y brillantes, las escaleras anchas y cómodas, las salas de las enfermerías bien ventiladas, con camas espaciadas con regularidad envidiable, alumbradas por ventanales enormes al través de los cuales se divisan las esbeltas siluetas de las palmeras y se ven asaltando los alféizares las ramas de los jazmines; aquellas salas de operaciones que al mismo tiempo que á los adelantos exigidos por la Ciencia moderna rinden siempre tributo al buen gusto artístico y á la Naturaleza por la copiosidad de sus plantas diseminadas en todos los sitios en que se pudiera echar de menos una sonrisa de la Naturaleza en el teatro del dolor; aquella bien provista farmacia, regida á un tiempo mismo por la ciencia de los profesores y por el atildamiento minucioso de las hermanas de la Caridad; aquel lujoso ropero atestado del material necesario, y en el cual se ha tenido el buen gusto de conservar en una urna de homenaje la armadura completa del fundador de la santa casa, como joya de arte y como respetuoso acatamiento; todo hace que este Hospital merezca por sí solo la visita á Sevilla, y si después de él se va al histórico y tradicional del de la Caridad, en el que á los espíritus románticos no les puede abandonar ni un minuto el recuerdo del legendario D. Miguel de Mañara, ni el glorioso de Murillo y de Valdés Leal, consagrados en los más hermosos de sus lienzos; si después de estas dos visitas nos paramos á reflexionar un momento, no será mucha generosidad la que nos instigue á olvidar alguna minuciosidad de ordenación, alguna incomodidad de asistencia ó algún otro rozamiento de los que si no en su totalidad, son en mucha parte disculpables.

Sevilla ha respondido siempre á todo lo que ha representado movimiento de progreso y de adelanto en nuestra España; sus Museos pueden rivalizar con los más hermosos de las demás capitales; su catedral, sus iglesias, sus conventos ofrecen motivo de estudio, de complacencia y de arrobamiento al espíritu menos dotado de sentido estético. Su Archivo de Indias, por sí solo y aun en la relación parcial de nuestras Ciencias Médicas ofrece motivo y material de estudio y de reflexión para los amantes de las glorias patrias, y al husmear entre sus pergaminos, sus códices, sus manuscritos y sus folios se conforta el alma con el convencimiento de lo que ha significado esta España, hoy tan caída, en el progreso de las Ciencias y en la cultura universal.

Pero si de lo antiguo, lo histórico y lo pasado vamos

á lo reciente, tomemos un caso particular: el del moderno movimiento, que viniéndonos de toda Europa se ha arraigado con cultivo honroso en nuestro país, siguiendo el objetivo de *la lucha contra la tuberculosis*. Los que, como nosotros, hayan visitado el Dispensario de Victoria Eugenia, podrán decir si han visto algún otro más bello, más atractivo y más simpático, y si después han visto el que se encuentra en construcción en el barrio de Triana, asegurarán ciertamente que dos iguales no se encuentran en ninguna otra capital española.

No se diga del Sanatorio del Tomillar, inaugurado siete días antes de nuestra llegada á Sevilla, y construido á 15 kilómetros de distancia de la población con los solos recursos de la fiesta de la Flor, organizada y realizada anualmente por esa Condesa de Lebrija que ha hecho de su casa un templo de la arqueología romana, conservando mosaicos incomparables, estatuas, án-



Vista de conjunto.

foras, vasijas y poniéndoles como marco hermosos lienzos debidos á los pinceles más famosos de las es-



Galería de exposición solar.

cuelas andaluzas. La misma noble dama que ha conseguido la reforma total de la admirable *Casa de la Cuna*.

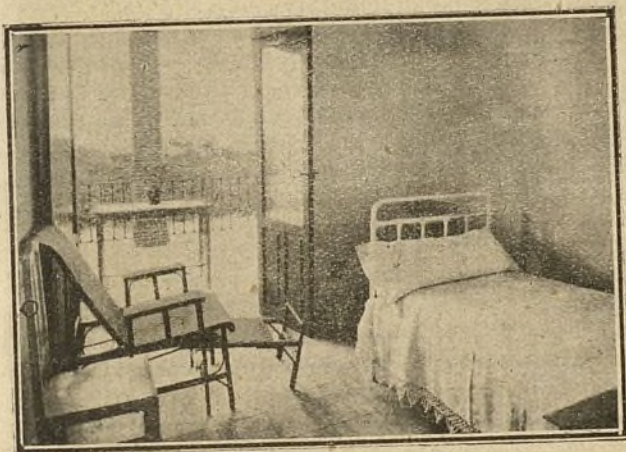
El Sanatorio del Tomillar es un verdadero milagro del esfuerzo y del resultado que puede obtenerse por

la abnegación y la renuncia puestas al servicio de una buena obra.

Todavía no es más que un germen; pero de lo que es como semilla podrá juzgarse por los pequeños grabados que se nos tomaron de fotografía durante nuestra breve visita.

Como toda semilla, es aquella obra una esperanza, y si la noble señora que es espíritu de la fundación encuentra colaboraciones desinteresadas y en proporción con lo que ella y su actividad se merecen, podrá sumarse á las otras maravillas que la ciudad andaluza ha ido atesorando en el desarrollo de su historia, ésta que será un prodigio, si no del lujo y la ostentación, de la labor caritativa, abnegada y de la ingeniosa actividad con que se ha procurado interesar y agrupar los recursos de todos los pueblos de la provincia en la realización de tan hermoso pensamiento.

Véase cómo con solo permanecer al margen del



Cuarto de una enferma.

Congreso puede darse por no perdido el viaje á la reina de Andalucía.

Allí todo nos ha parecido bien... hasta la lluvia, que no cesando de caer todos los días, nos ha demostrado que en Sevilla puede uno consolarse, hasta de la ausencia del sol.

C. M. CORTEZO.

En Inglaterra disminuye el número de estudiantes de Medicina.

Según el corresponsal en Londres de *The Journal of the American Medical Association* (27 Septiembre de 1924), desciende en Inglaterra el número de estudiantes de Medicina. Después de la guerra aumentaron las matrículas en las Facultades inglesas de Medicina y se alcanzó el climax el año 1919 cuando ingresaron en la profesión 3.500 estudiantes. Este número descendió á 2.500 en 1920 y el descenso continúa con gran rapidez, llegando á preocupar ya á cuantos dedican su atención á los problemas sanitarios. Se señalan varias causas para este descenso en el número de estudiantes de Medicina. En primer lugar, el gran número de médicos que hay en la actualidad. El aumento en el coste de los estudios que se han extendido hasta seis años. Las pérdidas económicas sufridas por la clase que proporcionan los estudiantes de Medicina. La industria y el comercio ofrecen mayores ventajas económicas que la Medicina, y el conoci-

miento social de este mayor porvenir económico en la industria y en el comercio. La progresiva estatificación de la profesión, es decir, la conversión de médicos en empleados del Estado, y, por último, la indianización del servicio médico en la India. Menos esta última causa, las demás actúan igualmente en todo el mundo civilizado; por eso la profesión disminuye su número en todos los países menos en el nuestro por culpa, naturalmente, de los mismos médicos que no se preocupan de presentar al público el triste estado de nuestra clase.

Disminuye el número de estudiantes de la Universidad de Berlín.

Según el *Münchener Med. W.* (núm. 35), el número de estudiantes en las Universidades alemanas ha disminuido considerablemente durante el último semestre como consecuencia de las malas condiciones económicas del país y del aumento en el coste de los estudios. Según la estadística de la Universidad de Berlín hecha sobre el semestre del verano de 1924, el número de los estudiantes ha disminuido, desde el último semestre de invierno, desde 12.581 hasta 9.950. El número de los inscritos en la Facultad de Medicina ha sido de 1.667 contra 1.967 en el semestre anterior, de aquéllos, 1.499 médicos y 168 dentistas. También ha disminuido el número de los estudiantes extranjeros en Berlín que desde 2.274 en el semestre penúltimo ha bajado á 1.651 en el último.

ACTUALIDADES

De antemano esperado con excepcional interés por las valiosas y múltiples comunicaciones que á su deliberación era público se aportaban, y por todos en general reconocidas y acariciadas las trascendentales consecuencias que al trato afectuoso, agasajos oportunos y fraterno convivir seguirían, ni remotamente podría nadie sospechar que el Congreso Iberoamericano con tanto tiempo anunciado en Sevilla, adoleciera de las deficiencias que de manera tan ostensible se han exteriorizado, tanto en su ordenado funcionamiento como en la comodidad y confortables alojamientos que la más rudimentaria previsión debió apresurarse á facilitar en las mejores condiciones económicas á los dignísimos miembros á quienes siempre habrá que agradecer las molestias que se impusieron por venir á honrarnos con su presencia.

Nada hemos de decir, por nuestra parte, de lo mucho y bueno á las deliberaciones del Congreso sometido, porque pluma mejor cortada que la nuestra acometerá con la brillantez acostumbrada el árduo empeño; pero no por eso hemos de poner sordina á la contrariedad y el disgusto por tal desbarajuste producido y generalizado, con tanta más razón, cuanto que una vez más demostramos no hallarnos á la altura de las circunstancias, ni tener en cuenta que á éstas y á otras innumerables torpezas por el estilo, debemos la escasa concepción de que en el mundo gozamos, y la despectiva y tradicional frase de nuevo puesta de moda, con que poco piadosamente se nos pone en la picota sintetizando nuestros desaciertos; siendo lo más sensible verla exhumada en estas circunstancias, y cuando ya creíamos que las cosas de España habían pasado á la historia, quedando á lo sumo de ellas una remota reminiscencia...

Y por si todo esto era poco, júzgase con rara unanimidad como un lamentable fracaso, la primera sesión profesional el 16 celebrada con escasísima concurrencia, bajo la presi-

dencia del Dr. Sanchís Bergón, á quien nunca debió hacerse pasar por el ridículo de carecer de lectores para las ponencias.

Sensible es tenerlo que confesar, pero es indudable que los personales prestigios, la consideración social y el bienestar económico de que por derecho propio la clase médica debiera estar investida y en pleno dominio; la propia clase médica con ceguera inconcebible se encarga de anularlos y hacerlos imposibles.

Siguen los Boletines de los Colegios Médicos ocupándose y juzgando con muy diversos criterios el contexto del Estatuto y del Reglamento de Empleados Municipales, pero habiendo amainado notablemente en la manifiesta hostilidad con que en los primeros momentos fueron recibidos.

Buena prueba de ello ofrece la actitud de los catalanes, como es sabido poco propensos á dejarse captar de buenas á primeras, cuando de primera intención y tras un simple somero examen no tienen inconveniente en reconocer en *Unión Sanitaria de Barcelona*, que lo hecho es algo y bastante aceptable.

Y por cierto, que en relación á este asunto, nos consta que el Sr. Calvo Sotelo ha enviado á un colega un artículo, rectificando y aclarando conceptos á su juicio no bien meditados é interpretados, que seguramente verá la luz pública con diferencia de algunas horas á la salida de este número.

Con especial gusto hemos visto y aplaudimos la levantada y digna conducta por el Colegio Médico salmantino adoptada en sus relaciones con el de Huérfanos del Príncipe de Asturias; pues después de reconocer no hallarse en armonía el número de acogidos de la provincia con la cantidad que ésta á sus necesidades y educación subviene, propone y acuerda por unanimidad á la Junta directiva para que aumente la consignación en la cuantía que estime conveniente y equitativa.

Con todo detalle se ocupa de este acuerdo *Regeneración Médica*, que al hacerlo público y divulgarle realiza una buena obra.

También el *Boletín Tarragonense* del mes que rige ha dado exacta cuenta de los asuntos tratados en la Junta general celebrada en el salón de recreo de la Sociedad Electro-Química de Flix, en que si bien algunos pocos, á todo disconformes, se propusieron dificultar la aprobación del presupuesto é introducir en otro orden de cosas algunas innovaciones que por perturbadoras no prosperaron, imponiéndose en todo caso el buen sentido que muy cueramente hizo oídos de mercader á las protestas intempestivas por todos, menos por el autor, rechazadas, terminó el acto con la aprobación unánime del presupuesto, un voto de gracias á los compañeros, alcalde de la localidad y representante de la Sociedad que en su seno les acogiera; acordándose al terminar por aclamación que la próxima Junta general ordinaria se celebre en Tarragona por haberse celebrado las anteriores en los ocho distritos que componen la provincia.

De una enfermedad nueva dan cuenta en telegrama de Londres en los siguientes términos: «Se han registrado casos, no muy frecuentes por fortuna, de una enfermedad desconocida y que parece ser necesariamente mortal. Ha habido hasta ahora, según cuenta el *Boletín Médico*, sólo 70 casos desde 1912, pero ni uno ha podido ser curado.

Algunos doctores eminentes aventuran vagas explicaciones de esta nueva dolencia que denominan *degeneración*

lenticular. Según ellos, se trata de la difusión por la sangre de un veneno que se elabora en el hígado. Este veneno, cuya naturaleza se desconoce, infecciona la sangre de tal manera que el paciente muere en muy poco tiempo.

La aparición de esta nueva nebulosa en el campo científico trae muy preocupado á todo el Cuerpo Médico británico.»

No es la cosa para menos, pero de esperar es que la característica tenacidad de los ingleses, dará á conocer en breve al mundo científico las armas con que puede ser batido el terrorífico huésped por nadie más que por ellos hasta ahora sorprendido en los lugares en que anida.

SEDISAL

MEDIDAS DE HIGIENE

Para prevenir el contagio, tan frecuente en las peluquerías, de ciertas enfermedades infecciosas, el alcalde de Madrid ha dispuesto que en dichos establecimientos se observen las siguientes medidas profilácticas:

Queda prohibido:

El uso de las lendreras. Suavizar las navajas en la palma de la mano. El uso de las borlas de polvos. El uso colectivo de las piedras de alumbre, de los cosméticos y de los cepillos de brillantina. La falta de aseo de los maestros y oficiales, especialmente no lavarse las manos antes de cada servicio.

Es obligatorio:

Cubrir la parte del sillón en que se apoya la cabeza con un papel individual que se inutilizará seguidamente, ó con un lienzo limpio para cada servicio. Poner paños limpios en cada operación de afeitado ó corte de pelo ó barba. Jabonarse las manos el oficial ó maestro antes de realizar cada servicio. Procurar que las mangas de la ropa al realizar un servicio no se pongan en contacto con la cabeza, cuello ó cara del cliente. Desinfectar las brochas cada vez que se utilicen, mediante un lavado con solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 1.000. Tener siempre cubiertos los suavizadores. Desinfectar las navajas, llameándolas ligeramente, operación que bien hecha no las destempera, embota ó deteriora. Sustituir la borla por el lanzapolvos. Sustituir la piedra de alumbre, cuando no sea de propiedad exclusiva del cliente, con el polvo de alumbre calcinado y el lanzapolvos. Desinfectar las tijeras y máquinas, llameándolas ligeramente para cada servicio, utilizando para su limpieza el petróleo. Desinfectar los peines para cada servicio, llameándolos siendo metálico, que son los más recomendables; si fueren de otra clase, sumergiéndolos en una solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 1.000 y secándolos con un paño que no reciba otra aplicación. Limitar en lo posible el uso de los cepillos y desinfectarlos en una estufilla de formol antes de cada operación: limpiarlos todos los días, lavándolos con agua amoníacal; una cucharada grande de amoníaco para un litro de agua. Sustituir el cepillo fuerte y el uso de la lencería por el lavado de cabeza. Sustituir el uso de los cepillos suaves para quitar el pelo cortado que cae en el cuello por un lienzo fino y limpio. Mantener las tiras de algodón destinadas al cuello en un recipiente especial y cerrado. Tener la herramienta y todo el material en buen estado de conservación y limpieza.

Se recomienda á los clientes:

La posesión de un servicio propio. (Magnífica recomendación, nadie lo niegue, para evitar el contagio del servicio ajeno.) Y la protesta y denuncia de cuantas contravenciones de lo arriba dispuesto observen.

Sección oficial.

GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Para cumplir lo preceptuado en el Decreto-ley de Presupuestos para el año 1924-25,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que por esa Dirección general se anuncie concurso para proveer las siguientes plazas en el Sanatorio «Lago», de Guadarrama: una de médico residente, dotada con 5.000 pesetas anuales; dos de enfermeras tituladas, con 2.000 pesetas cada una, y una de auxiliar mecánico, con 2.500 pesetas; autorizando á V. I. para determinar las condiciones del expresado concurso, plazo para la presentación de instancias, señalamiento de fechas en que comenzarán los ejercicios y designación del Tribunal ó Tribunales que han de juzgarlos.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos que se indican. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 14 de Octubre de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta del 17 de Octubre*.)

Anunciado con fecha 4 de Septiembre último, concurso para la provisión de las plazas vacantes de directores médicos de las estaciones sanitarias que se citan,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo informado por el Real Consejo de Sanidad y con lo propuesto por la Dirección general de Sanidad, ha tenido por conveniente disponer los siguientes nombramientos:

D. Antonio María Vallejo de Simón, para el cargo de subdirector médico de la Estación sanitaria del puerto de Santander,

D. José María Marín de Bernardo Menéndez, para el de director de la de Algeciras.

D. José Porcel Zanoguera, para el de igual cargo de la de Palma de Mallorca.

D. Ezequiel Porta Arqued, para el ídem íd. de San Esteban de Pravia.

D. Valentín Matilla Gómez, para el ídem íd. de Ferrol; y

D. Fernando Martín Rueda, para el de subdirector médico de la de Sevilla-Bonanza, con la categoría de oficiales de Administración civil de primera clase y haber anual de pesetas 5.000 cada uno. (*Gaceta del 9 de Octubre*.)

Real orden disponiendo que para que no queden desatendidos los servicios del Hospital del Rey del cual es jefe facultativo D. Francisco López Pando, número uno del Cuerpo de Médicos de la Beneficencia general, presida las oposiciones convocadas para cubrir tres vacantes D. Pedro Cifuentes, número dos del escalafón y jefe facultativo del Hospital de la Princesa. (*Gaceta del 18*.)

Dirección general de Sanidad.

En cumplimiento de la Real orden de este Ministerio, fecha de ayer, esta Dirección general anuncia concurso para proveer en el Sanatorio Lago, de Guadarrama, las siguientes plazas, creadas por el Decreto-ley de Presupuestos para el año económico de 1924-25.

Una de médico residente, dotada con 5.000 pesetas anuales.

Dos de enfermeras tituladas, dotadas cada una con 2.000 pesetas anuales, y

Una de auxiliar mecánico, dotada con 2.500 pesetas anuales.

Los concursantes deberán ser mayores de veintiún años de edad y tener la aptitud física suficiente.

Todas las instancias han de presentarse necesariamente en la Sección Administrativa de este Centro directivo, acompañando á las mismas cédula personal del solicitante, certificaciones de buena conducta y negativa de antecedentes penales y cuantos documentos ó certificados juzguen pertinentes, con el fin de acreditar sus méritos, conocimientos, aptitudes y condiciones de garantía personal para desempeñar la plaza que pretendan.

El plazo de admisión de instancias será de diez días, contados desde el siguiente al de la publicación en la *Gaceta de Madrid* del presente anuncio.

La plaza de médico residente se saca á concurso por el plazo de tres años, al cabo de los cuales cesará en su desempeño el que la obtenga, sin perjuicio de que esta Dirección general, si lo juzga conveniente al buen servicio, acuerde y disponga que continúe desempeñándola.

Oportunamente nombrará esta Dirección el Tribunal que ha de examinar las instancias y documentos que se presenten, el cual calificará, además, los méritos, servicios, antecedentes y condiciones personales de los aspirantes, elevando, finalmente, propuesta unipersonal para cada plaza.

Los concursantes nombrados para las plazas que se indican podrán ser declarados cesantes sin la formación previa de expediente y sin derecho á indemnización alguna, en el caso de que por negligencia, abandono, faltas graves ó ineptitud en el cumplimiento de sus deberes, todo ello debidamente comprobado, lo acuerde así esta Dirección general.

Madrid, 15 de Octubre de 1924.—El director general, *F. Murillo*. (*Gaceta del 18 de Octubre*.)

GRACIA Y JUSTICIA

SUBSECRETARÍA

En el Juzgado de primera instancia de Valencia de Alcántara, se halla vacante la plaza de médico forense y de la prisión preventiva, de categoría de ascenso, que debe proveerse por traslación, conforme á lo prevenido en el artículo 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Cáceres, 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*.

Madrid, 13 de Octubre de 1924.—El subsecretario, *García Goyena*. (*Gaceta del 16 de Octubre*.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,2; ídem mínima, 702,5; temperatura máxima, 21º,1; ídem mínima, 9º,8; vientos dominantes, NNE. NE.

Las condiciones meteorológicas autoñales han influido en el estado de la salud, aunque de un modo relativamente benigno, pues no se presentan con verdadero carácter epidémico las enfermedades que en iguales épocas se han observado otros años. Los reumatismos y las fiebres catarrales han sido los padecimientos agudos, que con los catarras laringobronquiales se han presentado con más frecuencia. También se han observado congestiones venosas pasivas, flujos hemorroidales y cólicos hepáticos.

En los niños sigue disminuyendo la coqueluche.

Crónicas.

Imposición de una Cruz.—El domingo último le fué impuesta por D. Esteban Tapia, primer teniente alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Béjar, en el Salón de sesiones, al médico titular D. Ramiro Arroyo Samaniego, la Cruz de Beneficencia de primera clase, que le ha sido concedida por el Ministerio de la Gobernación, por los servicios que dicho señor ha prestado en épocas de epidemias, habiendo sido contagiado en una de difteria, en la cual estuvo en peligro su vida. La imposición resultó solemnísimamente: hicieron uso de la palabra D. Esteban Tapia, D. Juan Muñoz, D. Cipriano Rodríguez Arias, D. Pablo Luengo, D. Francisco González Clemente, D. Saturnino Faure, D. Santiago González, alcalde de Valdehuncar, pueblo donde nació el Sr. Arroyo, don José Santamera, D. Emilio Muñoz exponiendo los méritos del Sr. Arroyo que le han hecho merecedor de la recompensa que recibe. El Sr. Arroyo dió las gracias á todos por el honor que le concedían acompañándole en aquellos momentos, que no olvidará en lo que viva. El Sr. Tapia felicitó al Sr. Arroyo y terminó el acto el señor delegado gubernativo D. Balbino Vázquez diciendo lo mucho que le había complacido que el pueblo de Béjar honrara á su hijo adoptivo don Ramiro Arroyo, porque los pueblos que eso hacen se honran á sí propios: dió un viva á Béjar y otro á España, que con él cierra todo, que fueron contestados con muchísimo entusiasmo. Reciba el estimado compañero D. Ramiro Arroyo Samaniego nuestra cariñosa felicitación.—F. A.

Matemáticas ingenieriles.—Leemos en un colega que oficialmente se le ha dicho que cada habitante de Madrid dispone hoy de 200 litros de agua, aun en medio de la escasez de que se habla. Ahora bien; si Madrid pasa de un millón de habitantes, como es á todas luces cierto, y si dispone de 150.000 metros cúbicos de agua, lo cual no es tan fácil de demostrar, ¿cómo se comprende que sean 200 los litros que corresponden por cabeza?

Bodas de oro de un compañero.—El Dr. García López, que lleva cincuenta años prestando servicios facultativos en la Compañía minera metalúrgica de Riotinto, ha sido objeto el día 16 de un sentido homenaje por parte de los empleados, obreros y personal directivo de la Empresa.

El acto consistió en un banquete al que asistieron el alcalde de Riotinto y todo el personal de la fábrica y en el descubrimiento, realizado por el director de la Compañía Mr. Browning, de una placa de bronce fundida en aquellos mismos talleres y que, colocada en el salón Hospital, perpetuará el comportamiento y beneficiosa actuación del doctor García López.

Comedores de Caridad Montero, Pacífico, 48.—El día 1.º del próximo mes de Noviembre, según costumbre de años anteriores, á las doce de la mañana, tendrá lugar la apertura de estos Comedores donde diariamente se servirán hasta doscientas raciones de comida, y otras tantas libretas de pan á quienes presenten vales expedidos por el fundador y sostenedor de esta obra de misericordia D. Gabriel Montero Labrandero.

El Sr. Montero ruega encarecidamente á sus amigos que le ayuden en la tarea de la distribución de dichos vales, no omitan medios que tiendan á seleccionar los beneficiarios de estas comidas, teniendo en cuenta que existen en Madrid muchos pobres que hacen de su pobreza una industria lucrativa, mientras que muchos, muchísimos que no piden, soportan cristianamente la más negra miseria.

Descubrir y ayudar á estos últimos constituye el más ferviente deseo del Sr. Montero y nunca agradecerá bastante la ayuda que en este sentido le presten sus amigos y clientes.

Consulta gratuita.—En el Real Hospital del Buen Suceso se ha reanudado la consulta pública y gratuita de enfermedades de las vías urinarias, bajo la dirección del doctor Pérez del Yerro, los lunes, miércoles y viernes, de once de la mañana á una de la tarde.

Obras recibidas.—Oración inaugural del curso de 1924 á 1925 en la Universidad de Salamanca, por el Sr. D. Enrique Esperabé de Arteaga, rector de la Universidad.

—Anuario de la Dirección general de Sanidad.—Ministerio de la Gobernación.—Año 1923.

—Disposiciones oficiales emanadas del Ministerio de la Gobernación (Dirección general de Sanidad) durante el año 1923.

Oposiciones á médicos.

La Editorial Campos, Peligros, 3, tiene apuntes para las próximas oposiciones á Beneficencia municipal de Madrid, á 75 pesetas; Sanidad Militar, 75 pesetas; Sanidad de la Armada, 75; Sanidad Exterior, 75; Inspectores provinciales, 60; Prisiones, 50; Forenses, 50; Subdelegados, 30, etc. y programas.

Excipiente inerte.—La fortuna que produce independencia, la salud que asegura el disfrute de los bienes de la tierra, y la ilusión del bienestar moral y físico, constituyen el trípode de la dicha.

(Ed. Crouzet.)

Las naciones deben aprender ó perecer.

(Lloyd George.)

Ferro-Elarsón.—Al número presente se acompaña un prospecto y tarjeta sobre las *Tabletas Bayer de Ferro-Elarsón*, recomendando la lectura y pedido de muestras al Apartado 280, Barcelona.

Iodarsolo-Cimema-Aglicolo.—Productos de la Casa V. Baldacci, de Pisa (Italia), conocidos de todos los médicos. Adjuntamos un prospecto-secante.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. M-33.—Madrid.

Forma emulsionable en frío: 2,75 ptas. caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,25 ptas. frasco de 250 gramos.

Ambas formas: A granel por kilos.—Muestras gratuitas.

PAPELES YHOMAR

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente por la A. G. P. para El Siglo Médico.

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