

EL SIGLO MEDICO

SUMARIO

BOLETÍN DE LA SEMANA: El proyecto de Ley de Sanidad.—Asamblea de inspectores provinciales.—La Higiene en las casas.—**SECCIÓN DE MADRID:** La iodoterapia constituye una medicación necesaria en las cardiopatías endocárdicas y arteriales en ciertos momentos de su evolución.—Conferencia sanitaria de París.—Conferencias clínicas sobre el corazón y vasos.—Juicio crítico acerca del tratamiento de la apendicitis.—El feto á término en España.—**BIBLIOGRAFIA MEDICA.**—**SECCION PRACTICA:** Nefritis argéntica y acción di. rética de la euflina.—**SECCION PROFESIONAL:** Cabos sueltos.—**PERIODICOS MEDICOS.**—**SOCIEDADES CIENTIFICAS:** Real Academia de Medicina.—**GACETA DE LA SALUD PÚBLICA:** Estado sanitario de Madrid.—**CRÓNICAS.**—**ESTAFETA DE PARTIDOS.**—**VACANTES.**—**ANUNCIOS.**

Boletín de la semana.

El proyecto de Ley de Sanidad.—Asamblea de inspectores provinciales.—La Higiene en las casas.

En la discusión del proyecto de Ley de Sanidad han tomado parte en el Senado, además de los señores Cortezo y Pulido, los Sres. Maestre y Taboada, Fernández-Caro, Rodríguez San Pedro, Alonso Castrillo y el Sr. Ministro de la Gobernación, que hizo el resumen del debate, todos los cuales se mostraron propicios á satisfacer las aspiraciones de los médicos titulares, especialmente el pago por el Estado de sus asignaciones; pero tropezando en seguida con la penuria del Erario: ¡siempre el maldito *pero*, siempre la falta de dinero!

La Comisión del Senado ha retirado el dictamen para introducir en él profundas modificaciones, de acuerdo con el Sr. Ministro de la Gobernación. Mucho nos tememos que esta nueva tentativa para dotar á España de una nueva Ley de Sanidad no pase de tal y que todo quede reducido á buenos propósitos.

Terminada la Asamblea que los Inspectores provinciales de Sanidad de España han celebrado en Madrid, aprovechando la oportunidad de haberse reunido con motivo del concurso celebrado para cubrir algunas vacantes, después de luminosa discusión, en la que resplandeció la más perfecta armonía, acordaron elevar á la Superioridad las siguientes peticiones:

1.^a Aprobación de una Ley de Sanidad que de una manera definitiva señale sus deberes y sus derechos.

2.^a Absoluta unificación de los servicios sanitarios establecidos hoy en España, para que de ellos nazca una acción común eficaz para la lucha contra las enfermedades infecciosas.

3.^a Que se les asigne personal propio burocrático y de policía sanitaria que cooperen á su gestión.

4.^a Que se confeccione, apruebe y promulgue un Reglamento del Cuerpo.

5.^a Solicitar de la superioridad la retribución de los subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria y de los profesores titulares de las mismas clases y los practicantes por cuenta del Estado.

Aparte de estas peticiones, que parecen muy justas, han solicitado asimismo otras, no menos esenciales y razonables, relacionadas con el señalamiento de dietas y gastos de viaje para salidas, en la forma en que la tienen otros Cuerpos análogos cuando se les obliga á salir del lugar de su residencia; la revisión de las tarifas sanitarias actuales, el aumento de sus sueldos, la consignación explícita de material para sus oficinas, etc., etc.

Todas estas conclusiones fueron aprobadas por unanimidad, á pesar de los variados criterios que en la discusión se sustentaron, lo cual da una prueba evidente del buen sentido y unidad de criterio que informan los trabajos de dichos funcionarios.

Entre la autoridad gubernativa y los representantes del pueblo madrileño cambiáronse uno de estos últimos días impresiones respecto á la campaña sanitaria que debe emprenderse para estar prevenidos en caso de que se alterase la salud pública. El Alcalde dió cuenta al Gobernador de que en una de las últimas juntas de tenientes de alcalde se trató de obligar á los dueños de casas á que tengan limpios los patios y escaleras de sus respectivas fincas, y á que se instalen inodoros en aquellas que todavía tienen los retretes en malas é insalubres condiciones. Añadió el Sr. Ruiz Jiménez que, para que se realicen tales medidas, no se cuenta con medios preceptivos que obliguen á sus contraventores, pues el sistema de multar á éstos no lleva á nada práctico, porque se alzan de él los multados, ó va á parar el asunto á los Juzgados municipales, los que na la hacen, resultando una burla para el Municipio por parte de aquellos que en tan poco tienen la salud del vecindario. Expuestas estas razones al Gobernador, y la necesidad de procurarse algún modo legal, el Sr. Alonso Castrillo manifestó que consultará á la superioridad para que ésta aclare el asunto por medio de una disposición que sirva de base á la autoridad municipal para concluir de una vez con tan vergonzosas faltas á la Higiene. El Alcalde, después de agradecer al Sr. Alonso Castrillo

su buen deseo, manifestó que, en cuanto resuelva el ministro de la Gubernación, se obligará á que las fincas sean puestas en condiciones, conminando á sus dueños, en caso de desobediencia, con hacer el Municipio las obras necesarias en aquéllas, pasando después la cuenta á sus dueños.

¡Bueno será que no queden en propósitos tan hermosos deseos!

DECIO CARLAN.

Madrid, 15 de Junio de 1912.

LA IODOTERAPIA

¿CONSTITUYE UNA MEDICACIÓN NECESARIA EN LAS CARDIOPATÍAS ENDOCÁRDICAS Y ARTERIALES EN CIERTOS MOMENTOS DE SU EVOLUCIÓN?

Es indudable.

Mientras existan endocarditis, aortitis y miocarditis con tendencia á la cronicidad, es decir, en vías de organización, ya porque se constituyan así desde el principio, ya porque sean el resultado de un proceso agudo, mientras existan, también, anginas de pecho, aneurismas aórticos, arterioesclerosis, esclerosis cardíaca, etc., la medicación iodurada será indispensable en todos esos procesos.

Barié, Leclercq, Huchard y otros muchos así lo dicen.

Yo soy, igualmente, de esa opinión.

Los ioduros, por la eosinofilia extraordinaria que producen, según Neilson, por la acción fagocitaria que despiertan, ó por las modificaciones que puedan experimentar al unirse á los leucocitos, pues parece ser que éstos los conducen á los tejidos sobre los que tienen que actuar, ó por otro mecanismo ignorado, determinan la resolución de las inflamaciones del endocardio, aorta y miocardio, si sólo hay formaciones embrionarias, como ocasionan la resolución de las inflamaciones hepáticas, meníngeas, etc., si se hallan en idéntico período.

Respecto á las endocarditis valvulares, recordamos varios casos de estrecheces é insuficiencias de naturaleza reumática, evolucionando hacia la cronicidad, que desaparecieron con los ioduros, sin que quedara la más ligera señal de su existencia; y creo que, cuantos tengan una larga práctica profesional, podrán decir lo mismo.

En las cardiopatías arteriales en vías de organización he logrado, del propio modo, algunos éxitos, aunque no tan lisonjeros como en las de origen infeccioso ó endocárdico; pero siempre he conseguido, en mayor ó menor grado, la atenuación de los síntomas, y aun la extinción de ellos, incluso la disnea, que tan peligrosa es, hasta el punto de creerse los enfermos libres por completo de su padecimiento.

Ahora bien; en el período hipertensivo de las cardiopatías arteriales, mejor dicho, en la preesclerosis ó período arterial de Huchard, en que hay lesión de arteria y no de viscera, no administro los ioduros.

Limitome á investigar el punto de arranque de la hipertensión, ó sea á conocer la causa que la determi-

na, y que en ocasiones es una intoxicación intestinal prolongada, una uricemia, una falta de permeabilidad renal, etc., etc., y establezco el régimen correspondiente.

En la hipertensión con uricemia prescribo la alimentación que menos purinas contiene y el ácido tímínico, del cual no puedo hacer más que elogios por sus saludables efectos en las formaciones úricas excesivas de origen endógeno, y principalmente exógeno; en la hipertensión con deficiencia renal no doy más que leche, y en la de origen intestinal, leche y algunos vegetales evacuantes, prefiriendo los calomelanos, el carbón de Belloc como absorbente, la teobromina como diurético, y en unas y otras recomiendo no se haga uso del alcohol, café, te, y sobre todo del tabaco, por ser un vaso-constrictor extraordinario.

Si después de poner en juego estos remedios observo que la uricemia, impermeabilidad del riñón ó la intoxicación intestinal han desaparecido, persistiendo la hipertensión, dispongo los ioduros, sin dejar las anteriores prescripciones, aunque no exista ningún síntoma que acuse la extensión del proceso á la aorta, arterias coronarias, miocardio y demás.

Las razones que tengo para obrar así son, en mi sentir, muy atendibles.

Siempre he creído, y creo ahora, que cuando un sujeto sufre una hipertensión arterial producida por cualquier agente tóxico y desaparece este agente y la hipertensión continúa, he creído siempre, repito, que debe haber alteración en las tunicas arteriales más ó menos graduada, ó que la hipertensión debe obedecer á la existencia en la sangre de algún principio vaso-constrictor, elaborado por cualquier glándula ó porque falte en la sangre misma algún otro que produzca la vaso-dilatación.

Siendo ésta mi manera de pensar, he dispuesto los ioduros, porque he dicho: si hay alteración de las tunicas arteriales y formación de elementos embrionarios, satisfacen una verdadera indicación, porque por el procedimiento de la fagocitosis pueden hacer que desaparezcan esas nuevas formaciones; y si es porque exista en la sangre un principio vaso-constrictor ó porque falte la substancia vaso-dilatadora, los ioduros satisfacen también una indicación muy racional.

Si es el principio vaso-constrictor el que existe en la sangre, los ioduros deben oponerse á la acción de ese principio, toda vez que, según el *Archivo de Ciencias Biológicas*, de San Petersburgo, del que hace referencia Lavrava, las inyecciones intraperitoneales, y mejor aún intravenosas, de adrenalina producen en el sistema arterial pérdida de elasticidad y aparición de placas calcáreas; pero si se hacen al mismo tiempo inyecciones subcutáneas de iodo sódico ó potásico, las arterias no padecen alteración de ningún orden, y si es el principio vaso-dilatador el que falta, los ioduros suplirán la acción de ese principio, contrarrestando la vaso-constrictora del otro.

Es más: yo creo que, en el estado hígido ó fisiológico, la presión arterial se sostiene dentro de ciertos límites mediante la combinación armónica de los nervios vaso-dilatadores y vaso-constrictores, pues no cabe su-

poner, lógicamente pensando, que estos nervios puedan obrar espontáneamente, ya que no hay nada espontáneo en la vida, ó, lo que es lo mismo, que no necesite de un estímulo, y por eso me inclino á creer que los excitantes pueden ser sustancias fabricadas por los tejidos glandulares, y que quizá las vaso constrictoras estén representadas por las que elaboran las cápsulas suprarrenales y alguna otra, y el estimulante dilatador de los vasos por la elaborada por la glándula tiroidea y las demás que influyen en el descenso de la presión arterial.

Si esto fuera así, las alzas y bajas de presión arterial obedecerían en muchos casos á una hiper ó hipofunción de determinados elementos glandulares.

Inclina el ánimo á pensar en la existencia de esas sustancias antagónicas el haber encontrado en la orina Abelous, Burdier y otros experimentadores dos productos que, inyectados por las venas, producen, el uno hipertensión y el otro hipotensión.

Los ioduros hacen bajar la presión arterial dilatando los vasos sobre los que ejercen, según Barié, una acción directa, especialmente sobre los vasa-vasorum. A esta acción dilatante se deben sus buenos resultados en la angina de pecho, y á la baja de presión los que se obtienen en los aneurismas aórticos.

No ha faltado quien diga que los ioduros son sistólicos, ó reforzadores de la contracción cardíaca, porque dilatan los vasos y acude mayor cantidad de sangre al corazón.

En el estado fisiológico no deben considerarse como tales, porque el corazón recibe la sangre que necesita para su nutrición y funcionamiento; pero cuando el centro circulatorio recibe menos de la necesaria, como, por ejemplo, en las estrecheces de las coronarias, etcétera, los ioduros refuerzan el sistole, como es lógico suponer.

Este refuerzo no está en conformidad con la clínica (así lo afirman varios autores), lo cual tiene explicación fácil.

El corazón no responde con un sistole fuerte, por que, al propio tiempo que dilatan los vasos del miocardio, dilatan también todo el sistema arterial, con lo que la presión sanguínea desciende mucho y el corazón desarrolla menos energía en sus revoluciones, por hallar menos resistencia que vencer en cumplimiento del principio de las velocidades virtuales que enseña que la intensidad de la potencia y de la resistencia están en razón inversa de los caminos recorridos por los puntos de aplicación.

Pero ¿hasta qué momento debemos darlos en las lesiones cardíacas de origen endocárdico y en las de origen arterial? Esta es la pregunta que me hizo un ilustre clínico, á presencia de otro clínico no menos ilustre, cierta noche que departíamos sobre asuntos científicos, y á la cual respondí categóricamente.

En las lesiones valvulares endocárdicas, cuando los sujetos tengan ataques de taquicardia, cuando existan remansos de sangre en los pulmones, y más si se notan en la región hepática, y, aunque no se note ninguno de estos fenómenos, siempre que la lesión sea muy

antigua; y en las lesiones cardíacas de origen arterial cuando entren en el período de mitralidad, porque entonces se encuentran en las mismas condiciones que las mitrales de larga fecha, cuando se observe repentinamente baja de presión arterial y aumento del ruido diastólico pulmonar, y más si se oyen estertores crepitantes; y, en ambas, cuando la orina disminuye, tiene albúmina ó los cloruros se eliminan en menor cantidad de la que corresponde á la alimentación del enfermo; en una palabra, cuando los riñones sean insuficientes. Mi contestación fué aceptada sin réplica, no sé si por convencimiento ó por galantería.

Creo por convencimiento, porque es la opinión de las verdaderas eminencias en la materia, y de ellas la he aprendido y mi práctica me la ha ratificado.

En las insuficiencias y estrecheces mitrales endocárdicas en que haya gran baja de presión arterial y se presenten ataques de taquicardia, los ioduros pueden provocar la asistolia aguda, porque las taquicardias tienen que aumentar al descender más la tensión sanguínea.

Son muchos los casos que comprueban la exactitud de este razonamiento.

Si en esos mismos procesos se observara congestión pasiva ó remansos sanguíneos en los pulmones, los ioduros pueden adelantar la asistolia y aun producir un ataque hemoptico por la acción dilatante que ejercen sobre los vasos, y porque disminuye la viscosidad de la sangre.

Esta contingencia es mayor en la estrechez mitral, en que, como sabemos, son frecuentes las hemoptisis.

En la investigación de las congestiones pulmonares debemos tener en cuenta que se presentan primero en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, lo cual obedece, entre otras razones expuestas por el Dr. Goallard en su tesis del doctorado, á encontrarse las venas pulmonares izquierdas más bajas que sus congéneres, en virtud de estar más bajo también el lóbulo inferior del pulmón izquierdo que el del derecho, y ser, por consiguiente, más largo su recorrido, y tener en esos puntos la sangre mayor peso ó gravedad, como es natural.

Jamás prescindo de investigar muy cuidadosamente en las cardiopatías el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, estén ó no sometidos los enfermos á la acción del ioduro, pues de esa manera me hago cargo más pronto de la marcha de la enfermedad y puedo conjurar peligros retardando la asistolia.

Cuando existe albuminuria, disminución de orina, cloruremia, impermeabilidad de los riñones, los ioduros suelen provocar un ataque de edema pulmonar.

Todos los médicos así lo afirman.

El Dr. Rendu, de cuyo testimonio nadie puede dudar, dice que pequeñas dosis de ioduro en un enfermo de nefritis intersticial ocasionaron la muerte instantánea por edema del pulmón.

Si en el curso de una cardiopatía arterial sobreviniera un descenso rápido de la tensión sanguínea y un aumento de tonalidad del ruido diastólico aórtico, síntomas que indican la proximidad del edema pulmonar, el ioduro puede hacerlo estallar fulminantemente.

En las cardiopatías muy antiguas, en las que se supone que las vegetaciones inflamatorias se han transformado en tejido fibroso con retracción cicatricial, los ioduros no hacen beneficio, porque las lesiones son incurables, y en cambio pueden determinar un colapso ó anticipar la asistolia.

En todas estas circunstancias deben suspenderse. ¿Se hace así? No siempre, al menos por lo que yo he observado.

En mi consulta, donde veo no pocos cardiacos, he tenido más veces ocasión de suspenderlos que de prescribirlos. Lo confieso con la mayor lealtad y franqueza.

Han venido cardiacos que estaban haciendo uso de los ioduros en pleno período asistólico, y entre ellos había algunos de origen aórtico ó arterial, albuminúricos, con insuficiencia renal, etc.

Este hecho ¿es debido á ignorancia de los que los prescribieron? De ningún modo. Libreme Dios de pensarlo.

No hay médico, por limitados que sean sus conocimientos, que desconozca cuanto acabamos de manifestar en este trabajo.

Lo que sucede es que no se vigila á los enfermos del corazón, mientras están bajo la acción del ioduro, con la asiduidad y atención necesarias.

Los cardiacos son enfermos crónicos, y es común que los médicos, al recetar los ioduros, digan: Tome usted este medicamento quince ó veinte días de cada mes, y, pasado algún tiempo, vuelva para que yo aprecie el curso del mal.

Esto se hace frecuentemente, lo cual tiene inconvenientes y peligros; es decir, los inconvenientes y peligros de que, dentro del plazo marcado, la enfermedad tome mayores vuelos ó que los ioduros produzcan alguna complicación y no se intervenga con la oportunidad que se hubiera intervenido en caso de mayor vigilancia.

Nunca podré olvidar á un enfermo de sesenta y ocho años, quien se presentó en mi consulta molesto por perturbaciones gástricas y tos pertinaz, el cual me manifestó que padecía una estrechez aórtica que le determinaba grandes ataques de disnea, y que no cedían más que al uso del ioduro; medicamento que le ordenaron hacía tiempo en Madrid, y que seguía tomando.

Le reconocí inmediatamente y comprobé la enfermedad diagnosticada, pero noté además que el sonido diastólico pulmonar era exageradamente intenso, que había algunos estertores crepitantes en diferentes puntos del pulmón, y que la presión arterial era baja.

En aquel instante sentía un poco de opresión al pecho, que atribuía á las molestias del estómago.

La orina contenía albúmina en pequeña cantidad.

Le encargué con insistencia que dejara el ioduro, que se pusiera sólo á leche, se metiera en cama y se purgara al día siguiente, y que, de aumentar la opresión al pecho, le aplicaran sanguijuelas á la margen del ano, pero que era preciso que el médico de su asistencia le viese á diario.

Aquel enfermo estaba amenazado de un edema pulmonar.

Una semana más tarde, la amenaza se convirtió en realidad y me avisaron con precipitación para que lo viera.

Acudí tan pronto como la distancia lo permitía, unas horas después, y lo hallé presa de un ataque intensísimo de edema pulmonar, del que murió, á pesar de haberle practicado una copiosa sangría, de cubrirle el cuerpo de ventosas, algunas escarificadas; en fin, de haber hecho todo lo que la Ciencia dispone en casos semejantes.

En ese ataque de edema del pulmón ¿obraría el ioduro como causa ocasional?

Fácil es.

La familia del enfermo me confesó que había seguido mis prescripciones al pie de la letra, menos en lo referente á la supresión del ioduro, porque temía que al suspenderlo se reprodujeran los ataques de disnea que tanto miedo le inspiraban.

Como este caso podría citar muchos, lo cual no hago por que no sea interminable este artículo.

Se lee en libros, revistas y folletos que se abusa de la medicación iodurada, y estoy totalmente conforme con esta afirmación, no en el sentido de que se emplee desconociendo sus indicaciones y contraindicaciones.

No: sus indicaciones y contraindicaciones están perfectamente definidas y limitadas en la Ciencia y no hay médico que las ignore, pues son lo más elemental en el tratamiento de las cardiopatías.

El abuso está, no al satisfacer la indicación, que siempre se hace con arreglo á los cánones establecidos, sino en prolongar la acción de los ioduros, por negligencia del médico ó del enfermo, hasta llegar al terreno de la contraindicación.

DR. PASANIS.

CONFERENCIA SANITARIA DE PARIS

XV

Subcomisión del cólera.

Pottevin, una vez aprobada la fórmula anterior, somete á la consideración de la Asamblea un documento que contiene la información recogida en Italia durante la epidemia colérica de 1911, y singularmente las operaciones efectuadas en los numerosos laboratorios bacteriológicos del Reino.

El examen de convalecientes y de portadores de gérmenes ha recaído sobre 3.542 de los primeros y 4.872 de los segundos. Estos resultados se registraron en las dos gráficas que se repartieron.

Freiberg, delegado de Rusia, haciendo consideraciones sobre los portadores de gérmenes, dice que, examinando los primeros casos que se producen en las epidemias, se comprueba que las más de las veces se trata de personas que no abandonaron el país y que no tuvieron relación ninguna sospechosa, y es de creer que, en ello, los portadores de gérmenes jueguen un papel más ó menos importante. Pero de esto no se pueden sacar conclusiones aplicables á la protección de las fron-

teras, porque será imposible organizar laboratorios suficientes para asegurar el examen bacteriológico de toda persona, y porque, aunque esto pudiera hacerse, la acumulación crearía peligros superiores al mal que se temía. Es sabido que las medidas tomadas en las fronteras forman un filtro siempre defectuoso, y una verdadera profilaxia no es posible más que cuando se toman las medidas en el sitio mismo de la aparición ó de la existencia del azote. Por consiguiente, las dos condiciones únicas que pueden impedir el desarrollo de las epidemias coléricas son:

1.º Que haya en cada país una organización sanitaria suficiente para comprobar el primer caso de cólera desde su aparición, y tomar las medidas para localizar el contagio.

2.º Que las fuentes de alimentación de agua estén al abrigo de las suciedades producidas por las deyecciones humanas.

Llenadas estas condiciones, el cólera no constituye un peligro; y sin estas condiciones, todas las medidas tomadas en las fronteras no podrán garantizar jamás una protección absoluta.

Zabolotny, delegado también de Rusia, refiere que, durante la epidemia que padeció San Petersburgo en 1908-1909, estuvieron cuatro Laboratorios municipales encargados de examinar las personas que estaban en contacto con los coléricos. Se sometió á observación un término medio de cuatro personas de las que estaban en contacto con un enfermo: 9.737, que tuvieron comunicación con 2.435 enfermos, arrojaron 577 portadores de gérmenes, ó sea un 6 por 100 con relación al número de personas observadas y de 22 por 100 con relación al de enfermos.

He aquí el resultado del examen de algunos focos coléricos presentados durante la epidemia.

1.º *Casa de Viudas*.—Se declara la epidemia el 15 de Enero de 1909, siendo la causa una cocinera portadora de gérmenes que tuvo una ligera diarrea á principios de Enero y había infectado el personal de la cocina, en tre el cual se hallaron portadores de gérmenes. Muchas personas procedentes de la población se infectaron visitando esta casa.

2.º *Hospital de San Jorge*.—La infección fué propagada por la cocinera, quien preparó el 10 de Febrero un plato gelatinoso, que fué consumido por el personal del hospital; al día siguiente se manifiesta el cólera y hay que aislar 40 personas, entre las cuales había 25 portadores de vibriones; 14 casos de éstos cayeron enfermos al día siguiente; los otros, en número de 11, permanecieron portadores sanos durante un tiempo de dos á diez días.

3.º *Escuela Militar*.—Estalla la epidemia entre los escolares: son aisladas 66 personas y se comprueba la presencia de vibriones en dos panaderos, en el hijo de un cocinero y en un criado.

4.º *Hospital de Santa Magdalena* (servicio de tíficos). La infección la produce una tífica que era al mismo tiempo portadora de gérmenes coléricos. En pocos días se revelan 7 casos de cólera (4 mortales) y 11 portadores de vibriones.

5.º *Hospital de San Pantaleimon*.—En tres días fueron enviados 33 enfermos al Hospital de Coléricos. Se examinaron 220 personas y se encontraron 91 portadores de gérmenes, de ellos 12 niños.

Se observó que estos portadores transmitían el cólera de una familia á otra en el interior de la ciudad, y á veces lo llevaban á otras ciudades. Un hombre sano, portador de gérmenes, que venía á San Petersburgo para sus negocios, infectó á su familia en Tsarkoi-Selo, donde no había enfermos.

La duración de esta eliminación en los portadores ha demostrado que podrá tardar de un día á un año; pero que excepcionalmente pasaba de tres semanas.

La eliminación duró un día en 86 portadores; tres, en 8; cuatro, en 24; seis, en 18; ocho, en 31; diez, en 9; doce, en 32; catorce, en 60; diez y siete, en 74; veintiuno, en 26; veintidós, en 5; veintisiete, en 7; treinta y dos, en 2; treinta y siete, en 1; cuarenta y dos, en 2; cuarenta y ocho, cincuenta y uno, cincuenta y seis, setenta y uno, noventa y tres y trescientos sesenta y cinco, en 1.

Por otra parte, de 4.115 evacuaciones examinadas, 2.391, aparentemente normales, revelaron 185 portadores de gérmenes; 1.124 evacuaciones líquidas, 141 portadores. La proporción fué de 6 por 100 en el primer caso y de 12 en el segundo. En fin, se han encontrado vibriones en 6,7 por 100 de hombres, 7 por 100 de mujeres y 9 por 100 de niños.

Zabolotny dedujo de esta interesantísima observación las siguientes conclusiones:

1.ª Los portadores de gérmenes juegan un papel considerable durante la epidemia colérica.

2.ª Los portadores se manifiestan por focos, principalmente en los casos de infección colectiva por los platos fríos gelatinosos infectados.

3.ª Los portadores transmiten á veces el cólera de una á otra familia en la misma ciudad, y á veces de una población á otra.

4.ª La corta duración que generalmente tiene la eliminación de gérmenes permite las más de las veces aislar á los portadores hasta que el examen bacteriológico dé resultados negativos.

El doctor Balilis, de Grecia, tiende á quitar importancia á esta causa diciendo que, á pesar de frecuentes comunicaciones con pueblos epidemiados, no ha visto producirse ningún caso de cólera desde 1885, aunque sus cuarentenas sólo duran cinco días, y Grecia no toma ninguna precaución contra los portadores de gérmenes.

El debate sobre este interesantísimo punto adquiere amplio desarrollo, y son numerosos los delegados que aportan los resultados de sus observaciones nacionales.

El Dr. Slatinéanu, de Rumanía, presenta algunas observaciones interesantes acerca de la propagación del cólera aguas arriba de Braila á Piatra, vía de penetración casi histórica en Rumanía, debida positivamente á contagio por portadores bateleros.

Cassim Izeddine Bey, de Turquía, replicando á lo dicho por Ruffer en la sesión anterior acerca de los dos

casos de cólera observados en 1910 en el lazareto de Beyruth, sin causa conocida, presentó datos que acreditaban habían sufrido el cólera varios pasajeros del vapor *Tzaritza*, llegado á dicha población, algunos de los cuales habían muerto del cólera. Expuso su opinión de que la importación y difusión del cólera por vía marítima no se deben á gérmenes de portadores, sino á casos de cólera que pasan inadvertidos por mala asistencia médica en los barcos, ó que no se declaran. «Yo estimo—dice—que mientras no tengamos la certidumbre de que casos de cólera no pasen inadvertidos, ya en barcos procedentes de puertos contaminados, ya en los puertos intermedios, cuando estos barcos hacen escala, no podemos basarnos en la falta de estos casos á bordo para atribuir á los portadores la propagación del cólera.»

El delegado de Turquía, Akil Monkhtar Bey, hace consideraciones interesantes, y, refiriendo algunas observaciones en las cuales el contagio por portadores de gérmenes parece unas veces demostrado y otras rectificado, concluye declarando que no puede tomar, científicamente, en consideración el microbismo latente en las medidas profilácticas internacionales, porque no lo considera demostrado de un modo evidente.

El Dr. Cassens invoca la doctrina de Metchnikoff para explicar cómo algunos portadores de gérmenes no sufren la enfermedad. La virulencia del vírgula no se manifiesta por sí sola: elimina toxinas que necesitan asociarse á otros vibriones como cómplices para producir los efectos clínicos del cólera. Hay especies que impiden, cuya presencia daña á la acción del vírgula, y hay otras que la facilitan. Depende, por tanto, de la flora bacteriana intestinal el ser ó no nociva la virulencia del vírgula.

El Dr. Castilla, de la Argentina, reconoce toda la gravedad y delicadeza que ofrece el tema de los portadores de gérmenes.

Entre otras cifras recuerda, según los informes de la Comisión Internacional de Higiene Pública, se encontraron 4.800 portadores de gérmenes sanos entre 57.000 personas aisladas, para 11.000 enfermos averiguados, y afirma que la Argentina ha organizado un servicio de investigación de portadores de gérmenes en curso de viaje, por creer muy importante su descubrimiento.

DR. ANGEL PULIDO.

CONFERENCIAS CLÍNICAS SOBRE EL CORAZÓN Y VASOS

Por el Dr. D. FRANCISCO HUERTAS
del Hospital General de Madrid.

El Dr. Huertas es un luchador infatigable, que con su solo esfuerzo ha llegado á los más altos puestos de la profesión, y cuando tiene todos los honores, todas las glorias, que satisfacen tanto más cuanto más lealmente se consiguen, en vez de descansar sobre sus laureles se lanza con mayores bríos al trabajo, y no duda en despreciar un tiempo que para él es materialmente

oro, dedicándolo á la enseñanza en Academias y en lecciones magistrales que da en su Clínica. En esta Clínica del Hospital General pasa horas y más horas observando sus enfermos, que adoran en él, y allí, junto á la cama, donde se estudia la enfermedad, y en la Sala de autopsias, donde tantas incógnitas se aclaran, acumula esos conocimientos valiosísimos que luego da á la clase médica en libros, como el último recién publicado, y que se titula *Conferencias clínicas sobre el corazón y vasos*; trabajo de desinterés, de alto criterio clínico, cuajado de enseñanzas, de doctrina, fruto de una experiencia siempre atenta, de un sentido clínico expuesto, de un entusiasmo por la ciencia y sus progresos, que los años aumentan en vez de amenguar.

Este libro contiene una carta-prólogo del sabio especialista en enfermedades del aparato circulatorio Dr. Espina y Capo, un estudio de las aortitis, otro de los aneurismas y otro de la asistolia, para terminar con un estudio del tratamiento hidromineral de los cardiacos. Al final del libro hay unas láminas de fotografía en colores hechas por el maestro Dr. Hernández Briz.

El único comentario que yo puedo hacer á esta obra es recomendar su lectura á cuantos ejerzan la Medicina ó se interesen por los desgraciados cardiacos, y felicitar al Dr. Huertas por su entusiasmo y su maestría.

DR. A. PULIDO MARTÍN.

JUICIO CRÍTICO ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS

por el Dr. FRANCISCO MONTAÑA SANTAMARÍA
Correspondiente laureado de la Real Academia de Medicina de Barcelona, premiado por el Congreso Internacional de la Tuberculosis de ídem.

V

Antes de dar fin á estos artículos, voy á ocuparme del tratamiento médico de la apendicitis, por la importancia y trascendencia que vuelve á adquirir en la terapéutica de esta enfermedad, calmado ya el furor operatorio de otros tiempos. Además, en la apurada y difícil práctica rural, pocas veces estará indicada la extirpación del apéndice, por las malas condiciones higiénicas que rodean al enfermo, y por la ordinaria falta de hábito quirúrgico del médico de partido.

Si desde los primeros momentos se instituye una terapéutica acertada, podrá evitarse muchas veces la presentación de síntomas graves que exijan la intervención quirúrgica.

Por casi todos los prácticos se señalan los peligros que pueden resultar de la administración de purgantes al apendicitico. El práctico no debe perder jamás de vista que los movimientos peristálticos del intestino (promovidos por los purgantes y los enemas copiosos y á fuerte presión) pueden ocasionar la ruptura del apéndice enfermo, ó determinar la irrupción de un absceso en la cavidad peritoneal. Por este motivo, los purgantes que antiguamente se habían recomendado en esta enfermedad, se hallan hoy proscritos en absoluto.

Cuando hay gran astringencia de vientre por acumulación de masas excrementicias en el recto, podrá procederse con precauciones á la irrigación rectal con un tercio de litro de

agua á poca presión, ó una irrigación de la misma cantidad de aceite.

Deben evitarse las irrigaciones desde alguna altura, pues pueden producir el desprendimiento de adherencias protectoras, á causa del peristaltismo intestinal que podrían provocar.

Igualmente deben tenerse grandes precauciones al evacuar la vejiga, en caso de retención urinaria.

Convendrá inmovilizar el intestino, máxime si los dolores son vivos, con la administración de morfina, ó inyecciones hipodérmicas de la misma, ó la administración de una preparación opiada. Debe administrarse el cloruro de morfina en pequeña cantidad, á la dosis de 4 ó 5 miligramos, que puede repetirse á las dos ó á las cuatro horas, si es necesario. Si existe diarrea, será mejor administrar el extracto acuoso de opio en vez de la morfina; 5 centigramos en 200 gramos de agua destilada, á cucharadas, cada hora.

En cambio, si el intestino aparece sosegado, y no se queja el enfermo de grandes dolores, debe prescindirse de los narcóticos, que acentuarían la astringencia de vientre.

Si existen vómitos, se recurrirá á la aplicación de una cataplasma húmeda caliente sobre la región epigástrica, y se hará guardar al enfermo el decúbito dorsal, y se disminuirá la cantidad de líquido, leche, caldo, agua, que se le administren. Si con estas precauciones el vómito no cesa, se le administrará una poción ligera de morfina y cocaína, y en último resultado se recurrirá á la inyección hipodérmica de un centigramo de morfina, ó á la deglución de terroncitos de hielo. El vómito es síntoma muy peligroso en la apendicitis, y por esto debe ser combatido *a outrance*.

La fiebre no requiere especiales cuidados; solamente cuando es muy elevada se puede recurrir á la fenacetina, quinina, etc. Son, sin embargo, preferibles las compresas ligeramente frías y renovadas, que rebajan la temperatura sin colapsar el corazón.

En la apendicitis grave que tuve ocasión de tratar, y á que me he referido más arriba, rebajaba, mediante compresas frías, la fiebre á 39°, de 42° que había alcanzado alguna noche.

El descanso en la cama y la alimentación líquida exclusiva son de rigor en el tratamiento de la apendicitis. La aplicación de una cataplasma emoliente ó de la envoltura de Priessnitz caliente sobre la región del apéndice, pueden reportar considerables ventajas.

El enfermo debe permanecer quieto en la cama durante quince días ó las tres semanas subsiguientes al ataque de apendicitis, y debe pasar con grandes precauciones de la alimentación líquida á las sopas de fácil digestión, y más tarde á las carnes blancas.

Debe abstenerse en absoluto, por lo menos durante un año, de los ejercicios físicos violentos, y de ciertos *sports* como la equitación, danza, *foot-ball*. También deberá evitarse la astringencia duradera de vientre.

El Dr. Roucard, profesor de la Facultad de Medicina de Génova, ha tratado algunos casos de apendicitis por medio del masaje vibratorio manual, con excelentes resultados. No obstante, tales maniobras requieren extremada prudencia, pues podrían ocasionar grandes daños.

El Dr. Rotter le aconsejó el decúbito sobre el lado derecho en los operados de apendicitis, y el mismo decúbito es el que deben guardar todos los apendicíticos, según consejo del distinguido cirujano del hospital de San Vicente de Coloma, Dr. M. Drussmann. Esta posición favorece la formación de las colecciones purulentas en la fosa ilíaca derecha, oponiéndose á la infiltración ó colección de pus en sitios más profundos, que hacen más difícil la evacuación.

Hace acostar al enfermo sobre el lado derecho, dobladas ambas rodillas de tal manera que la izquierda venga á colocarse un poco por delante de la derecha. Esta es la posición que se ha de hacer guardar al apendicítico cuando hay necesidad de trasladarlo: los traslados, empero, deben evitarse en lo posible.

El Dr. R. Zollikoffer, de Saint-Gall, se felicita de los excelentes resultados obtenidos con la inyección rectal de suero fisiológico ó artificial. Practica la inyección con gran lentitud, y á débil presión, á la temperatura de 40°, estando el enfermo en decúbito dorsal. Se inyectan unos 2 litros en tres ó cuatro veces con precaución. Los efectos saludables observados después de aquellas inyecciones consistieron en la disminución de la frecuencia del pulso, desaparición de los vómitos y de los dolores, del meteorismo, etc.

Tal vez sería preferible, dada la cantidad considerable de líquido que se debe inyectar, administrarlo por vía hipodérmica, con lo cual se evitarían los riesgos de promover el peristaltismo intestinal.

Los buenos efectos del suero artificial se explican perfectamente teniendo en cuenta que la apendicitis es una enfermedad producida por gérmenes microbianos que en el apéndice se desarrollan, en la cual, por tanto, como en todas las infecciosas, es un auxilio poderoso y eficaz la inyección de suero artificial.

Sabemos que el organismo se defiende mediante sus células fagocitarias y sus alexinas, opsoninas, etc., disueltas en el suero ó en los líquidos orgánicos. Las células fagocíticas, ya solas, ya en función con alexinas y anticuerpos, atacan y destruyen los gérmenes microbianos y sus toxinas.

Todo lo que sea, pues, exaltar la potencia y energía de esos poderosos medios de defensa orgánicos, será ayuda eficaz para la curación de las enfermedades microbianas.

Ahora bien; algunas sustancias medicamentosas como la pilocarpina, papaina, ácido cinámico, nucleinato de sosa, metales coloides, suero normal de la sangre, suero artificial, etc., producen una leucocitosis local en el sitio de la inyección, y un aumento considerable en el número de glóbulos blancos de la sangre.

Por esto juzgo racional el empleo de éstos medios en la apendicitis, por cuanto prestan fuerzas al organismo, y le hacen más inexpugnable y resistente á toda suerte de invasiones microbianas, ya sea en el pulmón, ya en los bronquios, intestinos, en el apéndice vermicular ó en el peritoneo. El arte no debe hacer otra cosa que imitar á la naturaleza en sus procedimientos; y hoy, en que hemos podido penetrar en la trama íntima y en el dinamismo misterioso de muchas funciones vitales, nos ha sido dado vislumbrar algunos de los fenómenos bioquímicos mediante los cuales el organismo se defiende y triunfa de sus invisibles enemigos.

Estamos en los comienzos de una era nueva, en cuyo horizonte asoman celajes de esperanza.

La Ciencia parece querer levantar una punta del velo de los arcanos que hasta hoy había mantenido impenetrables á las miradas de los sabios, y brinda á la humanidad doliente rosado porvenir, en que una terapéutica racional y etiológica venga á reemplazar á la empírica y sintomática, á la cual, como al carro del vencedor, ha estado uncida en el transcurso de los siglos la Ciencia de curar.

Conclusiones.

La disparidad de criterios en el tratamiento de la apendicitis depende de la diversidad y distintos caracteres ofrecidos por los enfermos que han sido estudiados por los prácticos.

2.^a El tratamiento médico, basado esencialmente en el reposo en cama, dieta líquida y quietismo del intestino, deberá instituirse desde los primeros momentos de la apendicitis.

3.^a No se practicará la operación precoz, *hative* de los franceses y *frügeration* de los alemanes.

4.^a Cuando se compruebe la existencia de un absceso, ó la gangrena ó perforación del apéndice, ó alguna otra complicación de especial gravedad, deberá procederse á la operación, según los métodos puestos en uso por los buenos cirujanos.

5.^a La operación radical debe practicarse, siempre que sea posible, *a froid*, ó sea en un período el más alejado posible del ataque apendicítico.

6.^a La operación deberá llevarse á cabo en los apendicíticos que muestren tendencia á recidivar con cierta periodicidad.

7.^a En las apendicitis crónicas se ensayará primero el tratamiento médico, y, si éste resulta impotente, se procederá á la operación radical.

Bibliografía.

- 1 Bourkarf. *Semaine Méd.*, n. 44, pág. 522.—1906.
- 2 Rotter. *Id. id.*, n. 40, pág. 479.—1907.
- 3 Rollikofer. *Id. id.*, n. 36, pág. 428.—1906.

EL FETO A TÉRMINO EN ESPAÑA (1)

Por el Dr. E. MAÑUECO VILLAPADIerna
Médico de la Maternidad de Madrid.

Forceps, en este grupo, ha habido siete. La desproporción era debida al tamaño del feto, pues los pelvianos eran normales. La primera mujer era primípara. *Forceps* en la excavación, fácil. Peso del feto, 3,500 gramos. Madre y niño vivos. La segunda, múltipara. Occipito posterior. Se intentó un *forceps* antes de su ingreso, que por no estar indicado no resultó, y tuve yo que terminar el parto por versión. Niño vivo, 3,500 gramos. Longitud, 45. Circunferencia, 34. Puerperio normal. La tercera, primípara. Cabeza fetal grande y sin configurar. Ha sido el *forceps* más trabajoso que he hecho. Diámetros maternos, 21 : 20 : 12 : 10 : 23 : 29 : 10 $\frac{1}{2}$ y 10. Como se ve, normales. Idem fetales, 13 : 11 : 10 : 9 : 9 y 11. Corresponden con los maternos. Tal vez, habiendo esperado algo más, habría sido más fácil. Pero los dolores eran débiles y temí que el feto se muriera. Por lo demás, el niño vivo y el puerperio normal. La cuarta, primípara, gemela y pequeña. Pelvis uniformemente estrecha. Parto largo. Inercia secundaria. Feto, 3,500 gramos. Longitud, 45. Desgarro de cuello y uno circular, producido por la compresión de la cabeza, muy característico. Ambos fueron suturados. La madre bien, pero el feto nació asfíxico y no pudo ser reanimado. La quinta, primípara, vieja. Parto largo. Feto muerto, 3,750 gramos. Puerperio infeccioso. Curó. La sexta, también primípara, vieja, con feto muerto. Diámetros maternos, 25 : 24 : 14 : 10 : 25 : 31 : 12 y 11. Idem fetales, 18 : 11 : 10 : 10 : 9 y 10. Circunferencia, 35. Peso, 3,800. Longitud, 52. Puerperio normal. Y, por último, la séptima ingresó de la calle en un estado deplorable. Primípara; tres días de parto; 38 $\frac{1}{2}$; 120 pulsaciones y con aspecto de infección grave. Se habían hecho intentos de *forceps*, produciendo graves lesiones, y hubo que terminar el parto por versión. El feto, 3,500 gramos, muerto, y la madre falleció á los dos días de septicemia de forma comatosa. De estos siete *forceps* ha habido cuatro fetos y una madre muertas; pero hay

que tener en cuenta que el tamaño fetal era grande, y que ingresaron tarde y en malas condiciones.

Además de estos casos, terminados por *forceps*, ha habido en este grupo otros que ofrecen particularidades dignas de mención. Uno fué una presentación de cara, diagnosticada al iniciarse el parto, en la que por maniobras externas pude flexionar la cabeza. Desde este momento cesaron los dolores, el cuello volvió á contraerse y la mujer parió á los quince días un niño de vértice, que pesó 3,500 gramos. Otra, múltipara, de veintitrés años, con adherencias y bridas cicatriciales en la vagina, que la daban una forma de reloj de arena. No había tenido más que un solo coito y estuvo bien hasta el octavo mes, en que empezó con dolores de parto. Pude desprender éstas digitalmente y comprobar que había algo de dilatación; pero una vez el cuello libre, las molestias cesaron, el cuello se cerró y se marchó á su casa. Al mes volvió, pariendo espontáneamente un niño de 3,900 gramos. Otra, con desprendimiento parcial de placenta, repetida en cuatro partos, en los que ha tenido hemorragia y fetos muertos, lo mismo que la sucedió en el que nosotros vimos. Se le hizo versión. La placenta salió y la hemorragia cesó. Otra, con prociencia de cordón y feto vivo. Otra, con placenta de inserción velamentosa, muy curiosa. Otra, con un vientre muy abultado por hidramnios. Y otra, por último, una muchacha de diez y ocho años, primípara, que parió un niño de 3,900 gramos. Esto quiere decir que no todas las que son jóvenes y primíparas paren niños pequeños.

Como se ve, en este grupo las estrecheces pelvianas han sido pocas. Los conflictos que ha habido, más bien han sido debidos á exceso de tamaño fetal que á estrechez pélvica. Todas estas mujeres hubieran seguramente parido solas, si el tamaño del feto no hubiera sido tan grande. Por eso es necesario tener siempre en cuenta este dato.

Niños de 4,000 á 4,500 gramos hemos tenido pocos. De los 795 estudiados sólo ha habido 50 que hayan dado este peso. Los diámetros de estos niños son todos grandes. La longitud ha oscilado entre 45 y 53. La distancia entre ambos hombros de 14 á 16. Los cefálicos, el O. M. de 13 á 15 (sin cefalohematoma); el O. F. de 11 á 13; el S. O. B. de 9 á 10; el B. P. de 9 á 10; el B. T. de 8 á 10; el S. M. B. de 9 á 11. La circunferencia de 34 á 38 (sin cefalohematoma). Los maternos, el B. E. de 20 á 25; el C. E. de 19 á 22; el Diagonal de 12 á 13 $\frac{1}{2}$; el Bisq. de 10 á 10; el B. Cr. de 24 á 26; el B. tr. de 30 á 35. La vera de 10 $\frac{1}{2}$ á 12, y el S. S. P. de 10 á 11. *Primíparas*, en este grupo ha habido, 18, y *múltiparas* 32. Lo cual demuestra lo que antes hemos dicho, que las primíparas también paren niños grandes. Partos que no hayan llegado á término, aquí no se encuentran. En cambio hay muchas mujeres que han pasado de él. La edad del embarazo ha oscilado entre cuarenta y cuarenta y dos semanas. El peso de la placenta, entre 418 y 1,000 gramos; y la longitud del cordón, entre 36 y 38 centímetros. Estrecheces pélvicas no ha habido ninguna. Parece como que la naturaleza cuida de que haya cierto paralelismo entre el tamaño fetal y la amplitud pélvica. A medida que los niños son mayores, las pelvis son más amplias. Pero aunque la pelvis sea amplia, muchas veces no es lo bastante para permitir el parto espontáneo. Esto lo demuestra un caso curioso que hemos tenido en este grupo. Se trataba de una mujer de cuarenta y tres años, que había tenido doce partos normales y tres abortos. Los diámetros, 25 : 20 : 13 : 10 : 26 : 33 : 11 y 11. Como se ve, amplios. Embarazo prolongado (cuarenta y dos semanas). Mucho vientre, muchas aguas y rotura prematura de bolsa. A las veinticuatro horas de parto, el médico que la asistía conceptuó necesaria una aplicación de *forceps*. Después de un trabajo enorme pude sacar la cabeza, desga-

(1) Véase el núm. 8,032.

rando completamente el periné y la vagina. Los hombros no hubo medio de hacerlos salir. Con la cabeza colgando y el feto muerto ingresó en la Maternidad. Aquí se concluyó la extracción sin embriotomía, pues el feto estaba casi fuera. Todos los tejidos enormemente distendidos y dislacerados, llegando al desgarro mayor hasta el recto. La vejiga: estaba íntegra. El feto grande y gordo. Peso, 4.340 gramos. Longitud, 52 centímetros. Hombros, 14. Diámetros cefálicos. O. M. 13 : O. F. 11 : S. O. B. 9 : B. P. 10 : B. T. 9 : S. M. B. 10. Circunferencia, 34. Placenta, 690. Cordón, 88. Largo y grueso. Inserción central. Las lesiones, infectadas y contundidas, no ofrecían probabilidad de unirse por sutura. Desinfección y desagüe. Puerperio, como es natural, febril-Después de algún tiempo de estancia en la Clínica se la llevó la familia, falleciendo en su casa.

Este caso demuestra: *Primero*, que una mujer con partos anteriores y pelvis normales puede necesitar una operación dilatadora. *Segundo*, que cuando no se pueda hacer ésta es preferible la embriotomía, y nunca deben hacerse forceps como el referido. Y *Tercero*, que los embarazos prolongados dan lugar á niños grandes y á conflictos como el que costó la vida á esta enferma.

En este grupo ha habido además *dos* presentaciones de cara. La *primera*, múltipara, con cinco partos normales. Vientre grande. Circunferencia abdominal, 95. Altura, 22. Diámetros normales. Duración del parto, diez y ocho horas. Dilatación completa. Presentación de cara. M. I. D. A. Bolsa rota. Inercia secundaria. Parto espontáneo, á mi juicio imposible. Intenté flexionar la cabeza, sin conseguirlo, y terminé el parto haciendo versión. Niño vivo, 4.470 gramos. Longitud, 46. Diámetros fetales, 14 : 12 : 10 : 10 : 9 y 10. Placenta, 590. Cordón, 71. Hemorragia. Expresión de la placenta por Crede. Puerperio normal. La *segunda*, primípara, veintidós años. Diámetros normales. Rotura prematura de bolsa. Parto largo. Presentación de cara. M. I. I. A. Parto espontáneo. Niño vivo, 4.300 gramos. Longitud, 50. Diámetros pelvianos y fetales en relación adecuada. Placenta, 1.000. Cordón, 52. Puerperio normal. También esta placenta es más grande que lo ordinario. Para guardar la relación adecuada con el niño, debería pesar sólo 860 gramos.

A pesar del tamaño de los niños no ha habido verdadera desproporción de diámetros más que en el caso de forceps que he descrito, pues en el de cara la versión fué necesaria por presentación viciosa. Lo que sí llama la atención en este grupo es la frecuencia de las *hemorragias*. Estas hemorragias, algunas han empezado antes y otras después del parto. Las menos han sido por desgarro de cuello en primíparas, y las más por inserción baja de placenta. Esta inserción no era debida á defecto de implantación del huevo, sino al tamaño de la placenta. Todas estas placentas eran grandes, y se comprende que, no encontrando espacio bastante en el cuerpo, lleguen hasta el segmento inferior del útero, el cual, por su poca riqueza en fibras musculares, es impotente para ocluir bien los vasos. Así me explico yo estas hemorragias. Reseñar individualmente los casos no tiene objeto. Todas pudieron cohibirse, y madres y niños salieron bien.

Además de estos casos, hay en este grupo algunos otros que merecen ser mencionados. *Uno* fué una presentación de nalgas con prociencia de cordón, al que, por salvar al niño, se hizo rápidamente una versión, no habiendo podido conseguirlo. Peso, 4.050. Circunferencia, 36. Placenta, 880. Puerperio normal. *Otra*, con una angina de pecho, á quien el parto de un niño de 4.000 gramos no empeoró. *Otra* con histero-epilepsia, múltipara, cuyos ataques ni estado general han sido influidos por el embarazo, parto y puerperio.

Otra, muchacha que, estando ya embarazada de cinco meses, contrajo un chancro sífilítico, y la sífilis no influyó para nada en el desarrollo y salud del niño, que pesó 4.050 gramos, y era fuerte y robusto (Placenta, 600). Y *otra*, por último, una primípara, que con coito único, padre de diez y siete años y diámetros norma es, parió espontáneamente un niño de 4.150 gramos, 53 de longitud y 36 de circunferencia. Los cefálicos, 15 : 12 $\frac{1}{2}$: 10 : 10 : 9 y 9. Placenta, 610. Cordón, 60. Inserción velamentosa. Expulsión por Crede. Puerperio normal.

Nos queda, para terminar esta reseña, *hablar de los niños de 4.500 á 5.000 gramos*. Este es un grupo corto, pues consta de un solo caso. Se trataba de una mujer de treinta y tres años, de Lugo. Había tenido cuatro partos y un aborto. Todos los niños, grandes. El primero, versión, feto muerto. El segundo, forceps, muerto. El tercero, espontáneo, vivo. El cuarto, forceps, muerto. El quinto, aborto de cuatro meses con infección; y el sexto, el actual. Ingresó, como la que hemos referido antes, con la cabeza colgando y el feto retenido por los hombros; pero con la circunstancia favorable de que aquí nadie intentó forceps, y la expulsión de la cabeza fué espontánea. La mujer era muy gruesa. Tenía un anasarca completo y albúmina en la orina. El embarazo era á término, y el parto había empezado hacía veinticuatro horas. Como en el anterior, con los esfuerzos que hizo la enferma en la camilla se habían reducido los hombros todo lo posible, y pudo extraerse el niño sin apelar á la embriotomía. Traía ya un desgarro de periné, producido al salir la cabeza, y el extraer los hombros no lo aumentó. El feto muerto, 5.000 gramos. Longitud, 55. Distancia entre ambos hombros, 18. Diámetros, O. M. 15 : O. F. 12 : S. O. B. 10 : B. P. 10 : B. T. 9 : S. M. B. 10. Sexo masculino. Placenta, 900. Cordón, 65. Maternos, 25 : 21 : 13 : 11 : 27 : 32 : 11 $\frac{1}{2}$ y 11. Como el desgarro fué espontáneo y aquí no hubo manipulaciones, esta enferma tuvo la suerte de no infectarse, saliendo curada á los ocho días. *Este ha sido el niño mayor que hemos tenido*, y, dado su volumen, no se comprende que el parto haya podido terminar casi espontáneamente.

(Se continuará.)

Bibliografía médica.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA GASTROENTEROSTOMIA, tesis doctoral per D. Simón Blasco Salas.—Zaragoza, 1912.

El autor de esta Memoria, en justicia calificada de «Sobresaliente», utiliza los datos por él recogidos en 55 casos clínicos para hacer un estudio de la gastroenterostomía en el que analiza desde los cuidados preoperatorios hasta los resultados tardíos, resumiendo su trabajo en 22 conclusiones.

De la lectura de la Memoria se deduce claramente que su autor es, en general, más partidario de la intervención que lo que las tendencias modernas aconsejan.

A ello han contribuido indudablemente algunos casos de brillante resultado que en la Memoria se citan.

Para juzgar del optimismo y del entusiasmo por la gastroenterostomía que domina al Sr. Blasco, copio algunas de sus conclusiones.

En la 4.^a dice: «En la úlcera que tiene asiento en el antro pilórico que amenaza al cicatrizar formar estrechez, está tan indicada como en la verdadera estenosis».

En la 13 dice: «En virtud de tal mejoramiento de técnica, la gastroenterostomía es hoy una operación tan inofensiva como la laparotomía».

En la 17 dice: «Los efectos útiles de la operación al poco tiempo de operados, se manifiestan en todos los casos».

Por último, en la 20 afirma que «Los resultados útiles de

los operados son evidentes: la gastroenterostomía no es paliativa, sino curativa, sobre todo en la estrechez.

Esto con un 21,6 de mortalidad (conclusión 22).

¿Qué diría el autor con una estadística como la de Mackay y Macdonald, con sólo un 2,03 de defunciones?

Nosotros, que en estas mismas columnas hemos analizado, no hace mucho, el notable trabajo del Dr. Rodríguez Abaytua, no podemos menos de disentir de la opinión del Sr. Blasco Salas, y seguir considerando á la gastroenterostomía como «un recurso terapéutico interinamente aceptable».

DR. MALVARICHE.

ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS DE SECRECIÓN INTERNA, por el Dr. D. E. Fernández Sanz.—Madrid, 1912.

Fruto de las explicaciones que como profesor auxiliar del Colegio de San Carlos ha venido dando en el presente curso, es el notable libro que, con el título que antecede, ha publicado el Dr. Fernández Sanz.

El creciente interés que en el terreno científico y clínico despierta cuanto concierne á tan complejo capítulo de la moderna Biología, se advierte en la copiosa bibliografía á él dedicada, de la que son bien elocuentes cifras los 3.000 trabajos citados por Sattler en su obra sobre el Bocio exoftálmico, y las 1.200 citaciones que el autor hizo en una Memoria sobre las enfermedades que dependen de procesos patológicos tiroideos.

El extenso caudal científico aportado por los autores al estudio de asuntos de tan grande importancia y el sinnúmero de investigaciones experimentales llevadas á cabo han sido de tal valía, es hoy tan interesante y preciso el capítulo que hace referencia á la Patología endócrina, que él es suficiente para aclarar y dar cumplida explicación de la patogenia de síndromes que hasta hace un corto número de años se hallaban erróneamente agrupados entre las intoxicaciones, enfermedades de la nutrición, nerviosas, etc.

La administración de órganos animales, que los antiguos hacían con un fin terapéutico, aunque empíricamente—feliz vislumbre de la moderna opoterapia—, no tuvo realidad científica hasta mediados del pasado siglo en que Brown-Sequard publicó sus trabajos sobre la acción fisiológica y terapéutica de los extractos orgánicos. Y de entonces acá, cuántos no han sido los descubrimientos y las observaciones clínicas que en tan compleja rama de la Medicina se han realizado!

El papel principal y único para muchas de estas glándulas es el segregar sustancias que son necesarias para la vida normal del individuo, y cuya falta provoca en el hombre los más diversos trastornos, bien comprobados experimentalmente, y perfectamente diferenciados en la clínica.

Los órganos cuyas modificaciones patológicas estudia en su libro el Dr. Fernández Sanz son: Tiroides, paratiroides, supra-renales, hipófisis, testículo, ovario y sistema nervioso simpático y autónomo.

Dedica el autor sus dos lecciones primeras á exponer unas preliminares nociones generales acerca de lo que la secreción interna significa, y al estudio anatómico y fisiológico de estas glándulas, concediendo la importancia que merece á la exposición de las relaciones que estas glándulas tienen con el sistema nervioso; solidaridad tan íntima y constante, que ha dado lugar á que Peude propusiera la denominación de distrofias endócrino-simpáticas á los síndromes que resultan de la perturbación de estos órganos.

En el estudio que del bocio exoftálmico hace, resalta de manera notable el capítulo que á su patogenia dedica, en el que analiza todas las teorías que se han dado para explicar-

le, desde la de Graves y Stokes, que le consideraron como una enfermedad cardíaca, hasta la que considera á dicha afección como dependiente de la perturbación funcional de la glándula tiroidea, opinión casi unánimemente admitida por todos, y que es la que ha informado las discusiones habidas en la Real Sociedad de Medicina de Londres recientemente, siguiendo á esto la exposición de la acción terapéutica de las corrientes eléctricas, de los rayos Röntgen, de la antitiroidina Moebius y rodágeno, substancia obtenida de la leche de cabras tiroidectomizadas, de la intervención quirúrgica, etc.

En la imposibilidad de dar siquiera una breve idea de cuanto encierra el admirable trabajo del Dr. Fernández Sanz, hemos de limitarnos en esta ligera reseña á fijar preferentemente nuestra atención sobre aquellos capítulos que por la novedad de su asunto, ya que no por la maestría con que están trazados, cualidad que es inherente á todos ellos, merecen especial atención, y así sólo haremos mención de las lecciones que tratan del «Mixedema y Cretinismo», «Acromegalia y Gigantismo», «Enfermedad de Addison» y «Osteomalacia é Infantilismo», dignas cada una del justificado renombre de su autor, para disponer de mayor espacio en que bosquejar los admirables capítulos de «Patología de los cuerpos paratiroides» y de los «Síndromes pluriglandulares».

Lo reciente del estudio de las glándulas paratiroides y el buen número de enfermedades que se suponen debidas á las alteraciones de estos órganos prestan excepcional interés en los actuales momentos á cuanto se refiera á ellas.

La patogenia paratiroidea ha sido defendida por Lundborg en la parálisis agitante, para quien la enfermedad de Parkinson sería debida al hipoparatiroidismo; en la miastenia, quien la creyó debida á la hiperfunción de estas glándulas; en el corea, demencia precoz (Kraepelin) y epilepsia, la que ha sido estudiada por Redlich en sus relaciones con la tetania.

No se muestra conforme el autor con «la censurable tendencia actual de extender abusivamente la influencia patogénica de las glándulas de secreción interna...», y opina que, de las citadas, sólo en la epilepsia se puede admitir, aunque parcialmente, la patogenia paratiroidea.

La extirpación de las paratiroides en los animales da lugar á un cuadro sindrómico caracterizado por accesos contracturales, ó, en ausencia de éstos, por ciertos fenómenos de hiperexcitabilidad neuromuscular, que se conoce con el nombre de tetania paratiroprivada, de notable analogía con la tetania humana, por lo que se ha creído—creencia hoy admitida por casi todos los autores—que ésta es debida á una insuficiencia en el funcionalismo de las glándulas paratiroides, causa á su vez de los trastornos en el metabolismo cálcico que se observan en la tetania.

De aquí que en la terapéutica patogénica de esta enfermedad se haya recurrido á la administración de los preparados paratiroideos, de muy contradictorios resultados según el autor, y al empleo de las sales cálcicas.

A continuación expone el Dr. Fernández Sanz las teorías emitidas para explicar la génesis de la eclampsia, citando especialmente la formulada por Vassale, que considera á la eclampsia puerperal como reveladora de una insuficiencia paratiroidea, á cuyo efecto empleó en su tratamiento con buen resultado, confirmado por Zupproquini y Kaiser, el extracto de estas glándulas, conocido con el nombre de paratiroidina.

Son tan modernos los trabajos que hacen referencia á los síndromes pluriglandulares, que consideramos como un acierto bien digno de aplauso el del autor al destinar á ellos

el último capítulo de su obra. Es de tal novedad todo lo en él tratado, que hemos de citar, como detalle que corrobora nuestras palabras, la fecha de los trabajos bibliográficos que corresponden á la presente lección, la cual comprende desde el año 1905, en que Claude llamó la atención sobre las correlaciones fisiológicas y sinergias patológicas de las glándulas endócrinas, hasta la comunicación de Souques á la Sociedad de Neurología de París en 7 de-Marzo del corriente año.

No haciéndose solidario el autor de la excesiva amplitud que á los síndromes pluriglandulares quiere concederse, ha tenido la feliz idea de establecer la comparación entre las repercusiones patológicas de las alteraciones de una glándula endócrina en las demás, y la noción de disquiasis introducida en Neuropatología por Morakow: «Es de todos bien sabido que las células nerviosas se hallan en íntima conexión material y dinámica unas con otras, teniendo lugar entre ellas un continuo cambio de estímulos, en virtud del cual se mantiene en cada una el tono fisiológico al nivel debido. Pues bien; al ocurrir un trastorno patológico en un territorio nervioso dado, que suprima su función, esta supresión traerá consigo la de los estímulos que normalmente mandan las células comprendidas en la región lesionada á las que con ellas se encuentran en relación funcional, y, privadas éstas de tales excitantes, su tono se altera y padecen sus funciones, originándose nuevos síntomas que vienen á complicar el síndrome inicial, sin que por eso deje de atribuirse la significación patogénica principal á la lesión primitiva, que es, en suma, la responsable del proceso.»

Hace á continuación un estudio detenido de los síndromes pluriglandulares puros, expuestos por Rol: tiro-genital; tiro-hipófiso-genital con distrofia ósea; tiro-hipófiso-genital con distrofia adiposa; tiro-suprarreno-genital y tiro-hipófiso-suprarreno genital, citando en cada uno de ellos observaciones clínicas de diversos autores.

Muchos son los asuntos y aun los capítulos que, con gran sentimiento de nuestra parte, hemos tenido que pasar en silencio para no exceder de los límites que á nuestro papel de informadores nos hemos impuesto; pero creemos que, con lo que llevamos dicho acerca de la obra *Enfermedades de las glándulas de secreción interna*, hemos puesto de relieve la magnitud de la empresa realizada por el Dr. Fernández Sanz, cuya vasta cultura científica bien se refleja en las páginas de este libro.

E. MESONERO ROMANOS.

Sección práctica.

NEFRITIS ARGENTICA Y ACCION DIURETICA DE LA EUFLINA

Recientemente he visto y asistido á la enferma objeto de esta nota clínica. Merece, á mi juicio, ser publicada, ya que en ella vemos cómo el nitrato de plata empleado sin precaución en los enfermos gástricos puede determinar nefritis, y por otra parte, cómo en este caso, después de haber fracasado la medicación diurética habitual por intolerancia gástrica, logramos, mediante el empleo de la euflina en inyecciones hipodérmicas, provocar una abundante y rápida diuresis.

Se trata de una muchacha de treinta y un años: la cual dice padece del estómago desde los diez y siete: cuenta que al principio las molestias eran pasajeras, manifestándose por dolores después de comer, que se calmaban con la ingestión de alimentos ó pequeñas cantidades de bicarbonato. Posteriormente se iniciaron los vómitos y dolores que predominan por la noche, los cuales se calman con los vó-

mitos ó expresión, mediante la sonda gástrica, la cual usa hace años; cuenta que con frecuencia salen con el vómito alimentos que ingirió días antes; los vómitos son muy abundantes y producen espuma en el recipiente. Ultimamente, los dolores y fermentaciones gástricas la molestaban mucho; su médico la prescribió unas cucharadas de solución de nitrato de plata, que contenían 5 centigramos cada una, para tomar tres al día; al mismo tiempo lavados de estómago con solución al 1 por 2.000 de nitrato de plata, en vez de la solución alcalina que antes empleaba; con esta nueva medicación se encontraba la enferma mejor de sus molestias; mas á los veinte días comenzó á hincharse. El edema empezó por los párpados y cara, piernas, invadiendo ulteriormente todo el cuerpo.

Cuando yo la vi, el edema era generalizado y abundantísimo; la orina contenía 8 por 1.000 de albúmina, siendo escasísima. La hicimos tomar el desayuno de prueba, el cual extraído en cantidad de 50 c. c., presentaba las tres capas características de los dilatados, acidez total 1,8, reacciones fuertes; también contenía bilis y trocitos de carne de comidas anteriores. El estómago llega cuatro traveses de dedo por debajo del ombligo, no apreciándose contracción alguna.

En suma: gastroectasia é hiperclorhidria; la dilatación es por atonía, ya que no hay antecedentes de úlcera, no habiendo tampoco estrechez pilórica, ya que hay reflujo de bilis al estómago y no hay peristaltismo gástrico.

Ordenamos á la enferma la permanencia en la cama, instituyendo la dieta láctea absoluta y unos sellos de diuretina; se presentó intolerancia gástrica, manifestada por vómitos y dolores que se presentaban después de tomar los sellos de diuretina; la diuresis no aumentó lo más mínimo.

En vista de la intolerancia dimos la teobromina en sellos con fosfato de sosa, presentándose en seguida los vómitos y dolores; acudimos entonces á las inyecciones hipodérmicas de caféina, no logrando por ellos provocar la tan deseada diuresis. Pensé entonces en la vía rectal, ya que por la gástrica sólo lográbamos provocar la intolerancia; ordené enemas de diuretina y supositorios de teobromina, no logrando efecto diurético alguno.

Entonces me acordé de la euflina, compuesto de la serie xántica (teoflina-etilendiamina) que, como sabemos, son diuréticos electivos por el cloruro sódico, y ya sabemos el papel que este cuerpo juega en la producción de los edemas.

La euflina es un cuerpo sólido, blanco, cristalino: contiene 78 por 100 de teoflina, disolviéndose perfectamente en agua fría; el ácido carbónico la descompone.

Se emplean soluciones en inyecciones hipodérmicas, intramusculares y enemas, pudiéndose hacer también supositorios, que, por la fácil solubilidad de la euflina, son perfectamente absorbidos.

Nosotros la administramos en inyección subcutánea empleando 3 ampollas al día; el efecto diurético obtenido fué sorprendente desde el primer día; al sexto había desaparecido el enorme edema que tenía. Continuamos durante tres días más inyectando dos ampollas diarias.

Establecimos la dieta apropiada y prohibimos el empleo del nitrato de plata.

La enferma, salvo sus molestias gástricas, no ha vuelto á tener edemas, y sí solo ligeras cantidades de albúmina.

Vemos, pues, cómo con la euflina tenemos un poderoso diurético, que puede ser administrado en virtud de su solubilidad en inyecciones hipodérmicas, siendo éstas indoloras; ventaja enorme en los enfermos con intolerancia gástrica; intolerancia que con bastante frecuencia se presenta en los nefríticos.

Posteriormente he empleado la enfilina en forma de supositorios y enemas en algunos nefríticos hidropígenos, habiendo obtenido tan felices resultados como en el caso que motiva esta nota clínica.

DR. RICARDO SAENZ
DE SANTA MARIA Y MARRON
Médico titular de Anguiano.

Sección profesional.

CABOS SUELTOS

IV

Del Boletín y de los subdelegados de Medicina.

Otro de los puntos que, aunque parezca trivial, voy á tratar por considerarlo de conveniencia, es el relativo á las condiciones meramente necesarias que debe reunir el actual *Boletín de la Asociación de Médicos Titulares* para ser, á la par que de utilidad positiva, de economía compatible con los mezquinos sueldos de estos funcionarios contratistas.

Si entendemos por Boletín un periódico que trate de asuntos especiales, y por lo tanto, si éste se titula como arriba mencionamos, no debe tratar otros asuntos que los propios de la profesión, se comprenderá fácilmente que la sección científica del actual ~~debe suprimirse~~, pues, de no hacerlo así, sería necesario añadir á su actual título *y de Medicina y Cirugía*, pues de otro modo no sólo no responde á la interpretación fiel de éste, sino que no llena en debida forma las exclusivas necesidades de la clase.

Y no es que yo sea enemigo, no; pues presumo ser uno de sus más entusiastas defensores, por creerlo de verdadera necesidad; pero como existen desde antiguo en nuestra profesión diversas publicaciones científicas con sagrados derechos adquiridos al amparo de una constante y honrada labor, y dicha sección pudiera ser origen, aunque remoto, de recelos y desconfianzas por parte de aquéllas, que pudieran repercutir en nuestro órgano oficial, y, atacando su fondo, ir sembrando en nuestra Asociación cierto malestar que impidiera estrechar su actual lazo de unión, será conveniente que fijemos un momento nuestra atención en este punto, por si puede sernos, como creo, de utilidad.

Nuestro Boletín ha revestido formas distintas, aunque parecidas, en cada una de sus cuatro épocas, y en todas ha llenado, tal vez más que hoy, las necesidades de nuestra clase.

El primero, publicado en Haro, hacía su aparición una vez al mes, con una tirada de 8.000 ejemplares, y tan sólo se ocupaba de nuestros asuntos profesionales en sus secciones de fondo, libre, económica, etc. En el segundo año de su publicación, y comprendiéndose que las necesidades eran mayores, se aumentó el tamaño, dejando tanto el uno como el otro satisfechas las aspiraciones de la clase médica.

No satisfecho el Sr. Almarza con tan mezquina publicación, cuando llegó el año V pudo conseguir que apareciese tres veces al mes, ó sea los días 10, 20 y 30, con una tirada de 10.000 ejemplares, publicándose además en un centro tan caro como el de Madrid, y sin dejar de reunir por ello la misma forma y tamaño que el anterior.

Circunstancias especiales, que sería enojoso retrotraer, vinieron á dar al traste con tan simpática publicación, que fué bien pronto substituída por el minúsculo Boletín, engendrado por el esforzado Sr. Almarza y dado á luz, á manera de una operación distócica, por el honrado veterano EL SIGLO MÉDICO, que prohibió con su acostumbrada benevolencia, con daño seguramente de sus intereses.

Reorganizada la Asociación de Médicos Titulares, se acordó la creación de un nuevo órgano oficial, dejando, por lo tanto, de publicarse el anterior, y el nuevo Boletín hizo su entrada triunfal en nuestro campo con una constitución tan vigorosa que hace presagiar tendrá una vida lozana y duradera si á tiempo se le expurga de ciertos vicios de origen, que bien pudieran degenerar en estados patógenos que acabaran con ella, dadas las influencias del medio en que se desarrolla.

Nuestro Boletín, entiendo yo, no debe ser un periódico científico en donde á diario se publiquen sendos y hasta hermosos artículos, como viene haciéndose hasta la fecha, ni tampoco campo en donde se esgriman armas de ninguna índole que puedan ofender á nadie, aunque sea enemigo de nuestra Asociación. Para ello está la Prensa profesional. Creo que su misión quedaría altamente cumplida ocupándose tan solo de todos aquellos asuntos que son de verdadero interés para los médicos, tanto titulares como libres, y dando tan solo cabida á algún artículo corto que encuadrase perfectamente en el marco escueto de nuestros asuntos profesionales.

¿Llena hoy esta misión? No, seguramente; pues entre la mencionada Sección Científica y las cartas particulares ó artículos que, inspirados unos y otros en los mejores deseos, eso sí, de servir á la clase, aparecen en casi todos sus números, apenas si queda espacio para todo aquello que más directamente afecta á los intereses de los médicos, como trabajos hechos y gestiones realizadas por la Junta Directiva, Reales órdenes, Reales decretos, Resoluciones y Sentencias de Tribunales, Legislación sanitaria, española y extranjera, vacantes, etc., etc.

¿Habrá algún médico español que no tenga entonces interés en ser suscriptor?

Con esta modificación se conseguiría reducir, si fuese necesario, su tamaño, abaratar el coste de suscripción, complacer á todos y sumar simpatías de la Prensa médica que no nos regatearía su valiosísimo concurso, ayudándonos eficazmente hasta conseguir el triunfo de nuestras aspiraciones.

Otro punto que, aunque someramente, voy á tratar sin entrar por hoy en detalles, es la sinrazón de que los subdelegados de Medicina hayan de residir precisamente en las cabezas de partido.

El art. 60 de la Ley de Sanidad dice que en cada partido judicial habrá tres subdelegados: uno de Medicina y Cirugía otro de Farmacia y otro de Veterinaria, pero sin determinar el punto de su residencia; tanto es así, que hasta la publicación de la vigente Instrucción de Sanidad, lo mismo residían en la cabeza de partido que en cualquier otro pueblo del distrito.

Posteriormente, y en virtud de lo preceptuado en el artículo 76 de la mencionada Instrucción, deben residir en la capital del distrito.

Esto no tendría importancia si el cargo tan solo fuera honorífico; pero, desde el momento que, además de esto, es inamovible y da opción á los destinos del ramo sirviendo de mérito en la carrera, la tiene y mucha, pues no hay motivo para que se haya despojado del derecho á disfrutar un cargo para cuyo desempeño no se requieren aptitudes especiales. Pero es el caso, se dirá, que puede desempeñarlo cualquier médico del distrito con tal que traslade su residencia á la capital del mismo, que es como una prohibición taxativa; pues no es de suponer, salvo raras excepciones, que el médico nombrado para este cargo abandonase sus intereses, tanto económicos como profesionales, que tal vez le costase muchos años de adquirir, para conseguirse en el

nuevo punto de su residencia una clientela siempre difícil, y más cuando, como generalmente ocurriría, encontrase dignísimos compañeros en ejercicio que no verían con buenos ojos la presencia del nuevo.

Además, no creo haya razón alguna de peso para dejar en libertad á los farmacéuticos y veterinarios nombrados subdelegados para vivir y ejercer en cualquier pueblo del distrito, según el párrafo segundo del mencionado art. 76 de la Instrucción, y obligar tan solo á los médicos, siendo así que las funciones son casi idénticas respectivamente.

Plausible consideraría sin duda alguna que cualquier funcionario defendiese hasta con tenacidad sus derechos adquiridos al amparo de la Ley, pero no creería menos plausible que todos aquellos que hayan sido despojados sin justa causa del derecho que les concedía la vigente Ley de Sanidad protestasen en debida forma y procurasen recabar del Sr. Ministro de la Gobernación un Real decreto que anulase este punto concreto, dejando en todo su vigor el mencionado art. 60 de la Ley de Sanidad.

Mientras tanto, permítaseme que con todo el respeto debido consigne aquí mi más cordial protesta, brindando esta mi modesta opinión á todos aquellos compañeros que piensen del mismo modo.

FRANCISCO TOMÁS.

Buñol, Mayo de 1912.

Periódicos médicos.

EN IDIOMA EXTRANJERO: I. Salvarsán en la sífilis.—II. Estudio farmacológico y terapéutico de la lecitina y fitina.—III. Angina abdominal.—IV. Úlcera crónica del duodeno.—V. Hipermotilidad é hipertonia del estómago.—VI.—Manera de responder el reflejo pilórico frente á los diferentes gases.—VII. De la esclerosis de la vena porta.

I

Salvarsán en la sífilis.

El plan general de tratamiento de la sífilis por el salvarsán es, según el Dr. Haslar, como sigue: Inmediatamente de establecido el diagnóstico de la sífilis, aplicar una inyección de salvarsán, cuya dosis variará según las condiciones del sujeto, sobre todo su peso y corpulencia. Esta inyección debe ser repetida al cabo de unos ocho á doce días. Después de esto no es preciso más tratamiento activo con salvarsán en ausencia de síntomas, á no ser que la reacción de Wassermann se haga positiva, en cuyo caso estaría indicada una nueva inyección. En los casos de sífilis secundaria incipiente, el tratamiento es idéntico al seguido con los casos de sífilis primaria. En ello deben aplicarse también dos inyecciones de 606 con el pequeño intervalo de ocho ó diez días. La reincidencia en el tratamiento, en ausencia de síntomas, se supedita á la reacción de Wassermann: sólo cuando resulta positiva está indicada una nueva inyección. De los resultados obtenidos por Haslar y Jhaw, este autor deduce que en muchos casos pueden bastar dos inyecciones de salvarsán para curar la enfermedad. Dichas conclusiones son demasiado problemáticas, por no decir falsas. En todo caso, sólo la sero-reacción puede determinarlo. La experiencia demuestra que después de este tratamiento deben emplearse los mercuriales y el iodo, sobre todo los mercuriales, ya que la eficacia de este último medicamento sobre la sífilis en los primeros períodos es bastante dudosa.—(*British Medical Journal, London*).

II

Estudio farmacológico y terapéutico de la lecitina y fitina.

La experiencia clínica de Bain sobre la lecitina induce á este autor á considerarla como un importante agente en

el tratamiento de ciertos casos de anemia y debilidad. Según Bain, este medicamento obra como estimulante metabólico, dudando mucho de que la pequeña cantidad de nitrógeno y fósforo contenida en la dosis de algunos granos diarios pueda actuar sobre el organismo como un formador de tejido en grado suficientemente importante. Los efectos benéficos que sobre el sistema nervioso se observan no son, á su parecer, sino un fenómeno secundario derivado de la mejora general á que da lugar una nutrición más perfecta. El efecto más señalado que se advierte después del empleo de la lecitina consiste en un aumento considerable de los glóbulos rojos de la sangre, aumento que se observa también para los glóbulos blancos, sobre todo para los linfocitos. El tanto por ciento de la cantidad de hemoglobina se eleva y en conjunto la sangre se modifica de un modo ostensible. Todas estas afirmaciones han sido el resultado de interesantes y muy ilustrativos experimentos, practicados escrupulosamente en los conejos. Los experimentos de Bain sobre el valor terapéutico de la fitina son, en cambio, poco demostrativos y muy discutibles.—(*Lancet, London*.)

III

Angina abdominal.

El caso citado por Brunton y Williams se refiere á un enfermo de sesenta y tres años de edad que padecía violentos dolores, los cuales se presentaban siempre que el enfermo daba un paseo. Por la agudeza extrema del dolor y por todos los caracteres, este fenómeno se parecía al de la angina de pecho, diferenciándose únicamente en su localización, puesto que la región en que el dolor se sentía de una manera más viva y más intensa era alrededor del ombligo. Al principio, hallábase circunscrito á este sitio, siendo atribuido á flatulencia por el enfermo; pero poco á poco las molestias fueron aumentando en intensidad, extendiéndose luego á todo el pecho y á la espalda y dando lugar á un sudor copiosísimo de todo el cuerpo. Su hermana, de sesenta y cuatro años, soltera, padeció asimismo durante los últimos siete años de dolores abdominales idénticos á los sufridos por él. Dichas molestias sentíalas con la misma intensidad é igual localización, produciéndose también, como en el caso citado, después de dar un paseo. Como en muchos de los casos parecidos, citados por otros autores, han demostrado tener síntomas de ataxia locomotriz, Brunton y Williams juzgaron conveniente investigar el estado de los reflejos rotuliano y pupilar, tanto en el enfermo de su observación, como en la hermana. En ésta era normal el reflejo rotuliano; pero el de la pupila, por el contrario, presentábase perezoso, reaccionando floja é imperfectamente. En el enfermo hallábase muy exaltado el reflejo rotuliano, y las pupilas en gran parte contraídas é insensibles á la luz viva.—(*The Lancet*.)

IV

Úlcera crónica del duodeno.

El profesor Rowen aporta ocho casos de su experiencia y afirma haber sido capaz de diagnosticar precozmente la úlcera crónica del duodeno, con la única excepción de un caso que no pudo reconocerse hasta después de la muerte. El autor encomia mucho la importancia del descubrimiento pronto de esta afección, puesto que sólo así es posible establecer el tratamiento médico ó quirúrgico indicado con las suficientes garantías de éxito. En su trabajo expone interesantes detalles de los casos de su conocimiento, habiendo podido comprobar que existía úlcera crónica del duodeno sin ninguna otra lesión, tres veces; una, en la que la úlcera estaba acompañada de apendicitis crónica; otra, en la que los síntomas no se manifestaban claramente, confundiéndose

dose con los de una intensa ósteo-artritis de la columna vertebral; en otro de los casos, la úlcera de duodeno fué un hallazgo de autopsia. En dos ocasiones, el profesor Rowen se encontró con un avanzado carcinoma de estómago que no había sido sospechado, y, en otra, apendicitis crónica adhesiva.—(*Boston Medical and Surgical Journal.*)—RAMÓN VILLEGAS.

V

Valko-Praga: Hipermotilidad é hipertonia del estómago.

Este tema lo resume el autor en lo siguiente: Las hiperquinesias del estómago se desarrollan con motivo de obstáculos localizados en el píloro en las úlceras del estómago, en las anomalías de situación de esta víscera, en la arterioesclerosis de los vasos abdominales, en los diferentes padecimientos orgánicos de los nervios, en las crisis tabéticas, y, con frecuencia, como trastorno funcional puro consecutivo á innervación anormal. La hipermotilidad, no solamente afecta al antro, sino también desde sus comienzos al fondo en forma de ondas peristálticas frecuentes; por esto la comida abandona el estómago antes de la digestión correspondiente, se altera el aprovechamiento de la comida y origina frecuentemente catarro intestinal secundario por aumento de la descomposición bacteriana. El tratamiento es el que corresponde á los estados neurasténicos y nerviosos, y consiste en formular un régimen dietético conveniente; á menudo se logra disminuir notablemente el peristaltismo cambiando de repente el régimen alimenticio; alimentación lacto-vegetal, cantidades abundantes de grasa y de aceite de olivas.

La hipertonia consiste en una exacerbación del tono del fondo, que también puede dar lugar al gastroespasmo con retención de la comida sin causas mecánicas, sino por influencia nerviosa (vago-tonía) (en la irritación del neumogástrico, en la intoxicación por la nicotina y el plomo, aerofagia, etc.) En estos casos se recomienda, por lo general, la atropina, que también es de gran significación para establecer el diagnóstico diferencial entre las lesiones orgánicas y las funcionales.—(*Prager medizinische Vochenschrift.*)

VI

Rotky-Praga: Manera de responder el reflejo pilórico frente á los diferentes gases.

Resumen: El estómago en ayunas está casi completamente vacío de aire. El oxígeno, el azoe, el aire y el ácido carbónico franquean todos el píloro, pero con la diferencia de que éste se abre con el oxígeno circulante, mientras con el ácido carbónico se producen, primero el espasmo del píloro, y después sólo parcialmente se abre, de forma que el paso del gas se verifica solamente por impulsos. El aire y el nitrógeno se conducen de una manera intermedia. La rapidez de la evacuación del estómago insuflado de gas, que no llega á ser completa, varía según sea la cantidad del gas contenido y la presión del fondo.—(*Prager medizinische Vochenschrift.*)

VII

Simmonds: De la esclerosis de la vena porta.

La esclerosis de la vena porta es una lesión rara. No tiene relación ninguna con la esclerosis de las arterias. Las hiperemias en el territorio de la porta no ocasionan por sí mismas la pielofleboesclerosis, pues ésta falta en las hiperemias graves del territorio de aquella vena acompañadas de alteraciones crónicas del corazón y de los pulmones. La esclerosis de la porta, que se presenta con la mayor frecuencia en la cirrosis hepática, tampoco se debe considerar por esta razón como resultado de la cirrosis, cual la tumefacción

del bazo, sino como un proceso equivalente ocasionado por la misma causa responsable de la afección hepática, y que suele ser frecuentemente el abuso del alcohol. Se puede originar también una esclerosis de la porta sin trastornos simultáneos del hígado, acompañados asimismo de infarto crónico del bazo, seguido muchas veces de ligera induración pancreática, de formación de varices en el cardias y de trombosis de los vasos. En siete casos de esta índole se comprobó la existencia de la sífilis por la anamnesis ó por otros fenómenos orgánicos, ó por la reacción de Wassermann. No habiéndose encontrado vestigios de procesos inflamatorios en la pared de las venas, hubo que admitirse sin flebitis precedente una esclerosis producida rectamente por virus sífilítico. El examen histológico puso siempre de manifiesto engrosamientos circunscritos ó difusos, ricos en elastina, de la capa interna, algunas veces con calcificación, y frecuentemente rotura de la media y formación de focos hialinos.—(*Munch. Mediz. Wochensch.*)—NAVARRO CÁNOVAS.

Sociedades científicas.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

SESIÓN DEL DÍA 8 DE JUNIO DE 1912.

Glaucoma de origen hipertiroideo.—El Dr. Mateo Barco, académico corresponsal, lee una comunicación sobre el *Glaucoma de origen hipertiroideo*, en la que expone su creencia de que una de las causas que sobre las muchas que del glaucoma se han formulado puede ser la *hipertiroiditis ó distiroidea*, que de algún tiempo acá viene siendo objeto de investigaciones detenidas por parte de los fisiopatólogos modernos, una vez que dicho órgano tiroideo, como otros muchos dedicados á producir secreciones internas, pueden sufrir perturbaciones funcionales que aun no se las había estudiado lo suficiente para llegar á poderles señalar el exacto cometido que en nuestra complicada y perfecta organización poseen, ya en estado de integridad ó ya en el de perturbación funcional.

Manifiesta que en sesiones anteriores, al oír al Dr. Marnión hablar sobre tan nuevo como interesante tema, vino á su memoria el no lejano recuerdo de tres enfermos que, afectados de glaucoma, bruso observar en ellos todo el síndrome que Marechal y Briseau asignaron para caracterizar el estado glaucomatoso, y Donders, el llamado por él glaucoma crónico simple, pudiendo apreciar en los tres enfermos citados fenómenos basedowianos, trastornos de la secreción tiroidea, distiroidea que Gantier señaló como origen del *bocio exoftálmico*, Moebius como *exageración de la secreción glandular*, y Monssu como *insuficiencia de las glándulas endócrinas*.

Menciona los síntomas glaucomatosos que pudo apreciar en los tres casos clínicos de referencia, pues cada uno de ellos era un tipo distinto de glaucoma, siendo el primero un *megalocórnea*, *queratotoño ó glaucoma infantil*, con los síntomas propios del caso, coincidiendo con los que acompañan al llamado *bocio exoftálmico*; síntomas que expone uno por uno, diciendo que, dada la poca edad del enfermito, que tenía cinco años, desconociendo en ocasión de dicho caso clínico la relación de causa á efecto que pudiera existir entre el *bocio exoftálmico* y el *glaucoma infantil* de su enfermo, é igualmente que no habiéndose llevado á efecto en dicha época los experimentos de laboratorio, que más tarde Ballet y Enriquez efectuaron para practicar la seroterapia basedowiana, fundados en la hipótesis de Gantier (de Charolles), que dice que el *acentuado troidismo* por trastorno cardíaco da lugar á la intoxicación de la sangre, fuvo, por desconoci-

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



VINO TÓNICO

FOSFATADO

Preparado por el
D.^R MADARIAGA

A semejanza de lo que se observa en agricultura, donde el empleo racional de los fosfatos aumenta el producto de las recolecciones, como resultado de una vegetación más vigorosa y lozana, en el organismo humano ejercen también dichos elementos fosforados una influencia de las más favorables, acelerando la nutrición é imprimiendo actividad á todas las funciones vitales.

Mas la forma en que hayan de ser administrados agentes de tan considerable importancia biológica como terapéutica, no es indiferente.

EL VINO TÓNICO FOSFATADO, producto de una elaboración especial, que reúne las propiedades estomáquicas de la *quina*, *genciana*, *manzanilla aromática*, etc. y las eminentemente tónicas y reparadoras de los *fosfatos sódico, potásico y ferroso*, esenciales al organismo y los que proveen á éste de los demás que requiere para su completa mineralización fosforada, representa uno de los medios más ventajosos para la administración y utilización de los fosfatos, suministrándolos de análoga actividad á la de los fosfatos orgánicos.

Con su ácido fosfórico, en estado de actividad especial, concurre enérgica y eficazmente á las reacciones intraorgánicas para proveer de *fósforo* á las células, de ese elemento indispensable para que las moléculas alimenticias se transformen en *células vivas*.

Contribuye eficazmente á compensar, y aun á evitar, las pérdidas minerales, sobre todo en fosfatos, que caracterizan el proceso de la *tuberculosis*, esterilizando el terreno con elementos de fuerza que se oponen vigorosamente á la vida y desarrollo del bacilo que lo ocasiona.

El favor que la clase médica le otorga, prueba y confirma el incontestable valor de este excelente preparado, con el cual se curan eficazmente la *estenuación de fuerzas*, la *debilidad cerebral* y los *trastornos nerviosos*, síntomas de neurastenia y desfallecimiento orgánico, ocasionados por enfermedad y otras causas, como excesos de trabajo intelectual ó corporal, disgustos y contrariedades, el embarazo, la lactancia, el crecimiento y desarrollo. etc.

Presta eminentes servicios contra la *anemia y colores pálidos*, contra la *tuberculosis, raquitismo* y *manifestaciones escrofulosas*, siendo insustituible como complemento á la alimentación de los convalecientes y como cordial para sostener las fuerzas de los ancianos.

ADVERTENCIA

El medicamento, copia de otro antiguo y conocido extranjero (*Polvo laxante de Vichy, del Doctor Souligoux*), puesto recientemente en circulación con el nombre de *Laxante Madariaga*, sin que se indique su procedencia, ni el título profesional del autor, no tiene relación alguna con el Doctor Madariaga, farmacéutico de Madrid, quien advierte que, por medios reprobados é ilícitos, se trata de explotar una burda imitación al amparo de un equívoco, siendo él, en España, el único que legítimamente puede adjuntar tal nombre (*Madariaga*) en la denominación de un producto farmacéutico.

dose con los de una intensa ósteo-artritis de la columna vertebral; en otro de los casos, la úlcera de duodeno fué un hallazgo de autopsia. En dos ocasiones, el profesor Rowen se encontró con un avanzado carcinoma de estómago que no había sido sospechado, y, en otra, apendicitis crónica adhesiva.—(*Boston Medical and Surgical Journal.*)—RAMÓN VILLEGAS.

V

Valko-Praga: Hipermotilidad é hipertonia del estómago.

Este tema lo resume el autor en lo siguiente: Las hiperquinesias del estómago se desarrollan con motivo de obstáculos localizados en el píloro en las úlceras del estómago, en las anomalías de situación de esta viscera, en la arterioesclerosis de los vasos abdominales, en los diferentes padecimientos orgánicos de los nervios, en las crisis tabéticas, y, con frecuencia, como trastorno funcional puro consecutivo á innervación anormal. La hipermotilidad, no solamente afecta al antro, sino también desde sus comienzos al fondo en forma de ondas peristálticas frecuentes; por esto la comida abandona el estómago antes de la digestión correspondiente, se altera el aprovechamiento de la comida y origina frecuentemente catarro intestinal secundario por aumento de la descomposición bacteriana. El tratamiento es el que corresponde á los estados neurasténicos y nerviosos, y consiste en formular un régimen dietético conveniente; á menudo se logra disminuir notablemente el peristaltismo cambiando de repente el régimen alimenticio; alimentación lacto-vegetal, cantidades abundantes de grasa y de aceites de olivas.

La hipertonia consiste en una exacerbación del tono del fondo, que también puede dar lugar al gastroespasmo con retención de la comida sin causas mecánicas, sino por influencia nerviosa (vagotonia) (en la irritación del neumogástrico, en la intoxicación por la nicotina y el plomo, aerofagia, etc.) En estos casos se recomienda, por lo general, la atropina, que también es de gran significación para establecer el diagnóstico diferencial entre las lesiones orgánicas y las funcionales.—(*Prager medizinische Vochenschrift.*)

VI

Rotky-Praga: Manera de responder el reflejo pilórico frente á los diferentes gases.

Resumen: El estómago en ayunas está casi completamente vacío de aire. El oxígeno, el ázoe, el aire y el ácido carbónico franquean todos el píloro, pero con la diferencia de que éste se abre con el oxígeno circulante, mientras con el ácido carbónico se producen, primero el espasmo del píloro, y después sólo parcialmente se abre, de forma que el paso del gas se verifica solamente por impulsos. El aire y el nitrógeno se conducen de una manera intermedia. La rapidez de la evacuación del estómago insuflado de gas, que no llega á ser completa, varía según sea la cantidad del gas contenido y la presión del fondo.—(*Prager medizinische Vochenschrift.*)

VII

Simmonds: De la esclerosis de la vena porta.

La esclerosis de la vena porta es una lesión rara. No tiene relación ninguna con la esclerosis de las arterias. Las hiperemias en el territorio de la porta no ocasionan por sí mismas la pielofleboesclerosis, pues ésta falta en las hiperemias graves del territorio de aquella vena acompañadas de alteraciones crónicas del corazón y de los pulmones. La esclerosis de la porta, que se presenta con la mayor frecuencia en la cirrosis hepática, tampoco se debe considerar por esta razón como resultado de la cirrosis, cual la tumefacción

del bazo, sino como un proceso equivalente ocasionado por la misma causa responsable de la afección hepática, y que suele ser frecuentemente el abuso del alcohol. Se puede originar también una esclerosis de la porta sin trastornos simultáneos del hígado, acompañados asimismo de infarto crónico del bazo, seguido muchas veces de ligera induración pancreática, de formación de varices en el cardias y de trombosis de los vasos. En siete casos de esta índole se comprobó la existencia de la sífilis por la anamnesis ó por otros fenómenos orgánicos, ó por la reacción de Wassermann. No habiéndose encontrado vestigios de procesos inflamatorios en la pared de las venas, hubo que admitirse sin flebitis precedente una esclerosis producida rectamente por virus sífilítico. El examen histológico puso siempre de manifiesto engrosamientos circunscritos ó difusos, ricos en elastina, de la capa interna, algunas veces con calcificación, y frecuentemente rotura de la media y formación de focos hialinos.—(*Münch. Mediz. Wochensch.*)—NAVARRO CÁNOVAS.

Sociedades científicas.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

SESIÓN DEL DÍA 8 DE JUNIO DE 1912.

Glaucoma de origen hipertiroideo. — El Dr. Mateo Barco, académico corresponsal, lee una comunicación sobre el *Glaucoma de origen hipertiroideo*, en la que expone su creencia de que una de las causas que sobre las muchas que del glaucoma se han formulado puede ser la *hipertiroiditis ó distiroidea*, que de algún tiempo acá viene siendo objeto de investigaciones detenidas por parte de los fisiopatólogos modernos, una vez que dicho órgano tiroideo, como otros muchos dedicados á producir secreciones internas, pueden sufrir perturbaciones funcionales que aun no se las había estudiado lo suficiente para llegar á poderles señalar el exacto cometido que en nuestra complicada y perfecta organización poseen, ya en estado de integridad ó ya en el de perturbación funcional.

Manifiesta que en sesiones anteriores, al oír al Dr. Marañón hablar sobre tan nuevo como interesante tema, vino á su memoria el no lejano recuerdo de tres enfermos que, afectados de glaucoma, pudo observar en ellos todo el síndrome que Marechal y Briseau asignaron para caracterizar el estado glaucomatoso, y Donders, el llamado por él glaucoma crónico simple, pudiendo apreciar en los tres enfermos citados fenómenos basedowianos, trastornos de la secreción tiroidea, distiroidea que Gautier señaló como origen del *bocio exoftálmico*, Moebius como *exageración de la secreción glandular*, y Monssu como insuficiencia de las glándulas endócrinas.

Menciona los síntomas glaucomatosos que pudo apreciar en los tres casos clínicos de referencia, pues cada uno de ellos era un tipo distinto de glaucoma, siendo el primero un *megalocórnea*, *queratotoño ó glaucoma infantil*, con los síntomas propios del caso, coincidiendo con los que acompañan al llamado *bocio exoftálmico*; síntomas que expone uno por uno, diciendo que, dada la poca edad del enfermito, que tenía cinco años, desconociendo en ocasión de dicho caso clínico la relación de causa á efecto que pudiera existir entre el *bocio exoftálmico* y el *glaucoma infantil* de su enfermo, é igualmente que no habiéndose llevado á efecto en dicha época los experimentos de laboratorio, que más tarde Ballet y Enriquez efectuaron para practicar la seroterapia basedowiana, fundados en la hipótesis de Gautier (de Charolles), que dice que el *acentuado troidismo* por trastorno cardíaco da lugar á la intoxicación de la sangre, fuvo, por desconoci-

miento entonces de la *opoterapia* ó suero de Moebius, que recurrir al tratamiento conocido antiglaucomatoso y al empleado por los prácticos en la curación del bocio en dicha época.

El segundo caso clínico fué un enfermo de sesenta y tres años, con un acentuado bocio y síntomas manifiestos de glaucoma hemorrágico, á quien tuvo que enuclear el globo ocular á causa de los repetidos paroxismos de dolor que sufría el enfermo, tratándole el bocio por los yódicos y las corrientes farádicas y galvánicas alternas.

Y, por último, el tercer caso clínico que expone de glaucoma de origen tiroideo, fué el de una señora de cuarenta y siete años, casada, con hijos, y de constitución apoplejiforme, con fenómenos menopáusicos, síntomas de bocio congestivo y de glaucoma crónico en ambos ojos, estando operada de iridectomía en el ojo derecho. Razonando detenidamente todos los síntomas de ambas lesiones, manifiesta creer confirmada su sospecha de ser provocada la tensión intraocular y el exoftalmo de su enferma por la dificultad en la circulación venosa, tanto orbitaria como bulbar, ocasionada esta última por la hipertrofia tiroidea. En su consecuencia dice que, como ya le eran conocidas las experiencias de Bruns y Keimhold, que recomiendan para la curación del bocio parenquimatoso las tabletas de yodotiroidina, hizo uso de ellas y con gran satisfacción suya vió ir atenuándose, tanto los fenómenos glaucomatosos que aquejaban á su enferma, dolores oculares, hiperemia conjuntival y enturbiamiento del vítreo, como los correspondientes al bocio antiguo, que tenía ya las alteraciones cardíacas, que también aensaba, las que con dicho tratamiento le fueron disminuyendo.

Razona cómo al padecer algunos individuos del corazón en su sistema nervioso, dice Ebstein ha estudiado Cyan que hay una gran correlatividad entre los nervios cardíacos depresores y vasculares con las funciones del tiroides, las que se alteran, dando lugar á que afluya gran cantidad de sangre á la expresada glándula tiroidea, congestionándola é inutilizándola en su acción mecánica, para que pueda impedir la afluencia sanguínea al cerebro, y por ende á los plexos vasculares del ojo, que por repleción sanguínea de los orbitarios se produce el exoftalmo, y por los irido-coroidianos los síntomas glaucomatosos, á más de que dichas alteraciones pueden haberse producido por efecto tóxico al quedar en libertad ciertos productos del metabolismo orgánico, que la glándula tiroidea está encargada de neutralizar por medio de sus secreciones internas, y que en los casos de bocio no lo verifica.

Dichos fenómenos patológicos manifiesta se evidencian en los tres casos clínicos, una vez que desaparecieron los síntomas de dicha afección al administrar al último enfermo las tabletas de yodotiroidina en substitución de la yodotirina de Baumann, substancia activa que la glándula tiroidea no segregaba, y que es de necesidad se produzca para el buen reparto de los materiales en las funciones de nutrición.

Hace un resumen de las teorías del glaucoma hoy conocidas, y concluye preguntando: *¿podrían aunarse todos los pareceres, reconociendo como origen y causa de los trastornos glaucomatosos la escasez en unos, y la excesiva abundancia en otros, de las secreciones llamadas internas, de las situaciones anormales de las glándulas endócrinas, como lo es el cuerpo tiroideo?*

Un caso de hemiplegia orgánica persistente consecutiva á una inyección de salvarsán.—El Dr. Fernández Sanz refiere un caso que demuestra los peligros que para la integridad del sistema nervioso tiene el empleo del salvarsán, aun en aquellos sujetos que previamente no presentaban ningún

trastorno neuropático. Se trata de un hombre de treinta y dos años, robusto y en excelente estado de salud, al que fué aplicada una inyección intravenosa de salvarsán, sin que para ello existiera ninguna indicación positiva y con el solo objeto de evitar la posible reproducción de unas lesiones locales sospechosas de sifilíticas que había tenido tres años antes; en tan perfecto y normal estado se encontraba, que asistió á una partida de caza el día antes de serle practicada la inyección; á la hora de efectuada ésta (en una de las venas del pliegue del codo y á dosis que no se ha podido precisar) sufrió un ataque, con estado comatoso, contracturas tónicas generalizadas y alarmantes, perturbaciones circulatorias y respiratorias, que hicieron temer seriamente por su existencia. Al cabo de algunas horas cesó el coma, quedando sin poder hablar y con hemiplegia izquierda, y persistiendo esos fenómenos sin alteración apreciable. El doctor Fernández Sanz le vió por primera vez el 1.º de Diciembre de 1911, seis meses después de aplicada la inyección de salvarsán, apreciando en él parálisis de la mitad izquierda de la cara, parálisis y contracturas de los miembros izquierdos, con marcha *guanando* y signos de Babinski, Mendel y Rossolimo; hiperestesia, dolores en los miembros paralizados, paresia de la pupila derecha (residuo de la rigidez que, según dicen, presentó en ella á raíz del accidente), parálisis completa de la lengua, que estaba pegada al suelo de la boca, incapaz de todo movimiento; parálisis parcial del velo palatino, abolición de la agudeza acústica á la izquierda y disminución de la misma á la derecha; por último, hiperestesia de la mitad derecha de la cara; estos síntomas demuestran que estaban interesados á la derecha el maniojo piramidal, el motor ocular común y el trigémino, y bilateralmente el acústico, el hipogloso, y probablemente también el pneumogástrico. No cabe dudar de la naturaleza orgánica del padecimiento, pues así lo demuestra la distribución de los síntomas, los caracteres de la parálisis y de la contractura y la existencia de los signos de Babinski, Mendel y Rossolimo; en cuanto á la causa de estos trastornos, también parece evidente que fueron debidos al salvarsán, pues sobrevinieron á las pocas horas de haber sido practicada la inyección, y no existía ningún otro motivo á qué poder atribuirlos, encontrándose el sujeto previamente en muy perfecto estado de salud; fué sometido á un tratamiento yodurado electroterápico y mecanoterápico, sin que se advirtiera ninguna modificación en su estado.

Cita el Dr. Fernández Sanz once casos de muerte con autopsia y seis sin ella; en junto diez y siete casos mortales consecutivos á la aplicación del salvarsán, pertenecientes á diferentes autores y recogidos en la literatura médica más reciente. La inmensa mayoría de estos casos se refieren á sujetos robustos, en los que nada hacía prever un funesto desenlace, y las lesiones más frecuentemente observadas fueron las de encefalitis hemorrágica. Menciona también la frecuencia con que el salvarsán provoca la aparición de trastornos de los nervios craneales, especialmente del acústico, y termina recomendando la mayor prudencia en el uso de este medicamento, sobre todo cuando se trate de combatir determinaciones nerviosas de la sífilis.

La fiebre tifoidea en Madrid.—El Dr. Pulido continúa su interrumpido discurso, y dice que el Sr. Chicoté ha aportado á este estudio datos valiosísimos, y ha demostrado cómo por las experiencias de laboratorio se ha llegado á averiguar que en ninguna de las ostras analizadas existía el bacilo de Eberth, aunque sí otros de la flora intestinal; pero dijo que, aun con esto, él creía que podrían las ostras haber originado la epidemia.

Añade que el Sr. Hernández Briz refirió el hecho, que

otros han repetido, de una familia que recibió una caja de ostras y contrajo la enfermedad, así como otros á quienes de la misma caja se mandaron; pero yo á esto, dice el Dr. Pulido, no le concedo valor ninguno; únicamente puede llevarnos á la duda de que fueran las ostras la causa de la fiebre tifoidea, pero nada más. Cuando se analizan con la severidad de procedimientos que requiere la ciencia, la mayor parte de esos hechos se desvanecen, y no tienen valor para las consecuencias que de esto han de deducirse en relación con los intereses públicos, y esto lo ha visto el Dr. Pulido en la Conferencia sanitaria de París.

Tuvo por objeto esa Conferencia aportar á la legislación sanitaria internacional los progresos realizados por la ciencia en los ocho últimos años. Se trató de tres enfermedades: la fiebre amarilla, la peste y el cólera. La primera fué sumamente estudiada, y ya es vencida, puesto que se ha llegado á concretar el agente que la transmite. Se hizo también mucho con relación á la peste, porque se aportaron datos por los delegados que habían ido á la de la Mandchuria y se estableció la diferencia entre peste neumónica y bubónica; pero lo que más interesaba era lo referente al cólera.

En la primera sesión tuvimos, dice, una sorpresa, pues el *Office*, que ya había discutido el programa, formuló la siguiente tesis: *el cólera se puede decir que es transportado exclusivamente por el hombre*. Se provocó una discusión, de la que el Dr. Pulido lee algunos párrafos que no extractamos por estar consignados ampliamente en los artículos que sobre el particular viene publicando nuestro periódico.

La Conferencia se celebraba en el gran Salón de actos del Ministerio de Estado de Francia, y había representantes de 43 naciones, casi todos ellos grandes investigadores encargados de defender, no ya sólo su tesis, sino los intereses de la salud pública en su país. Pottevin, que ha estudiado el cólera con una gran amplitud de conocimientos, se creyó en

el caso de declarar que sería de grande interés saber si esta medida había evitado la introducción del cólera en Servia.

Respecto á la adulteración de las substancias alimenticias, se decía que no era posible probar que el germen fuera colérico; pero ¿cómo se prueba lo contrario? Fundándose uno en el estado actual de la ciencia, no se conoce el papel exacto ni la importancia que puedan tener en la propagación del cólera las mercancías y las substancias alimenticias. (Queda en el uso de la palabra.)

DR. CESALDO.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,76; mínima, 691,19; temperatura máxima, 24,0; mínima, 7,0; vientos dominantes E, N, y S.

Los bruscos cambios de temperatura ocurridos en la última semana han sido causa del aumento de los catarros bronquiales y laríngeos, de las afiginas tonsilares y faríngeas y de las pleuresías y pleuroneumonías. Los padecimientos crónicos de los pulmones y del corazón han sufrido agravaciones impropias de esta época. También han aumentado las congestiones cerebrales y hepáticas y los trastornos gástricos é intestinales. Con relación al mes de Mayo del año anterior ha sido mayor en éste la mortalidad por enfermedades agudas y crónicas del aparato respiratorio.

En los niños abundan los casos de sarampión, y los hay también de escarlatina, difteria y coqueluche.

Anemioi Gorri.—Aumenta las oxidaciones intracelulares, fortifica el sistema nervioso y el muscular. Aumenta el glóbulo rojo y presta energías á los fagocitos.

Composición.—Metil-arsinato manganoso estricnico. Hemoglobina y nucleínas. Farmacias y centros de especialidades. Pídanse detalles y literatura al autor, Dr. Gorri Castellanos, Méndez Núñez, 6, Zaragoza.

Crónicas.

Consulta de oftalmología.—En la Consulta de Oftalmología, establecida en la Casa de Socorro del distrito del Hospi-

SOLUCION BENEDICTO

glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc. **Frasco, 2,50 pesetas.** Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, Madrid.

Al presente número acompaña un suplemento, cuya lectura recomendamos, sobre el producto farmacéutico **Vino Tónico Fosfatado**, preparado por el Dr. Madariaga, de Madrid.

Ningún refresco produce tan buenos resultados sin aminorar las fuerzas digestivas, como la **Cerevisina-carbónica-Artigues**, de uso general en todos los países.

INSTITUTO DE VACUNACION DE TERNERA

Premiado con medalla de oro.

Dirigido por el Dr. Balaguer.

Un tubo con vacuna para dos á tres personas y lanceta aséptica, 2 pesetas.

Un vial con vacuna para 10 á 12 personas y lancetas asépticas, 7,50 pesetas.

Se remite á provincias.

Preciados, 26, Madrid.

Indispensable á los viajeros y hombres de negocios



Adoptados de R. O. por los Ministerios de Guerra y Marina

PREVIÓ INFORME DE LA JUNTA SUPERIOR FACULTATIVA DE SANIDAD
— RECOMENDADOS POR LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE GRANADA —
CURAN INMEDIATAMENTE como ningún otro remedio empleado hasta al día toda clase de
INDISPOSICIONES DEL TUBO DIGESTIVO
Vómitos y diarreas de los Tísicos, de los Viejos, de los Niños
CÓLERA, TIFUS, DISENTERIA,
VÓMITOS DE LAS EMBARAZADAS Y DE LOS NIÑOS
CATARROS Y ÚLCERAS DEL ESTÓMAGO
PIROXIS CON ERUPTOS FÉTIDOS
REUMATISMO Y AFECIONES HÚMEDAS DE LA PIEL.

Á cada caja de papeles ó de comprimidos debe acompañar un folleto.

cio (Travesía de San Mateo, 4) bajo la dirección del Dr. Alejandro, se han prestado durante el mes de Mayo último los siguientes servicios:

Enfermos asistidos, 135; operaciones, 7; reconocimientos oftalmoscópicos, 19; corrección de la agudeza visual, con lentes, 7; asistencias, 860.

A esta Consulta pueden concurrir cuantos enfermos pobres lo deseen, los martes, viernes y sábados de nueve a diez de la mañana.

Obra importantísima.—Acaba de publicarse el *Manual del método Röntgen*, por B. Navarro Cánovas, profesor de Radiografía y jefe de esta sección en el Hospital Militar de Madrid.

Obra de una necesidad muy sentida en nuestra literatura médica, tan pobre y anticuada en materia tan importante.

El progreso enorme que se ha efectuado durante los últimos cuatro años en el ya dilatado campo de la Radiografía, lo hallará el lector en este precioso Manual.

Está dividida la obra, que consta de más de 250 páginas, con 88 figuras y cuatro láminas, en tres partes. La primera trata de los fundamentos físicos de los aparatos Röntgen; la segunda, de toda la técnica radiográfica general y particular, y la última del diagnóstico radiológico en Medicina y Cirugía, ilustrado con tablas de las operaciones fotográficas, de las lesiones que producen los rayos X sobre el cuerpo humano, y de la Radiografía en campaña.

El libro está escrito con tal claridad y sencillez, y sobre todo con tanto sentido práctico, que lo consideramos muy útil y aun necesario para todo el que se dedique al cultivo de los rayos X.

Véndese a 8 pesetas ejemplar en la Administración de *El Siglo Médico*.

Obituario.—Han fallecido: en Valencia, el padre de nuestro estimado compañero D. Vicente Capuz Gil; en San Miguel de la Loma (León), D. Alipio Quirós; en Sevilla, el reputado médico D. Antonio López Carmona, y en Hostalrich D. Luis de Trineheria.

La Fraternidad.—El día 11 de Mayo celebró esta Sociedad en Salamanca su primera Junta general para nombrar a la Directiva y la Ponencia encargada de redactar un proyecto de Reglamento de socorro mutuo y pensiones. Fueron nombrados: Presidentes honorarios, D. Isidro Segovia, decano de

la Facultad de Medicina, y D. Celestino Martín de Argenta, inspector provincial de Sanidad; Presidente efectivo, D. Telesforo Rodríguez de Dios, médico de Palencia de Negrilla; vicepresidente, D. Gonzalo García Rodríguez, de la Beneficencia Municipal de Salamanca; tesorero, D. Manuel Mondelo, decano de la Beneficencia Municipal; secretario, don Manuel Laporta, de Cantalapedra; vocales: D. Casto Sánchez Tapia, de Vitigudino, y D. Arturo Sánchez Bustos, de Guijuelo.

La Ponencia para redactar el Reglamento de socorro mutuo y pensiones quedó constituida por los Sres. Mondelo, Rodríguez de Dios y Laporta.

Oposiciones en Teruel.—El Tribunal encargado de juzgar las oposiciones a la plaza de médico-director de la Casa Provincial de Beneficencia de Teruel ha quedado constituido en la forma siguiente: Presidente, Ilmo. Sr. D. Francisco Alemany; vocales: D. Juan Francisco Piquer, D. Miguel Ibáñez y D. Anselmo Pomar; secretario, D. Julián García.

VI Congreso Internacional de Electrología y Radiología Médicas.—Praga, 26 al 30 de Junio de 1912.

En conformidad con lo acordado en el Congreso de Barcelona de 1910, el VI Congreso de Electrología y Radiología Médicas se reunirá en Praga desde el 26 al 31 de Julio de 1912.

Asuntos puestos a la orden del día.

1.º *Sobre radioactividad.*

Ponente: Profesor M. Bertolotti (de Turin).

2.º *Tratamiento de las afecciones articulares por las corrientes de alta frecuencia.*

Ponente: Doctor Morlet (de Amberes).

3.º *La resistencia de la piel.*

Ponente: Profesor Doumer (de Lille).

4.º *Las pantallas reforzadoras.*

Ponente: (todavía sin designar).

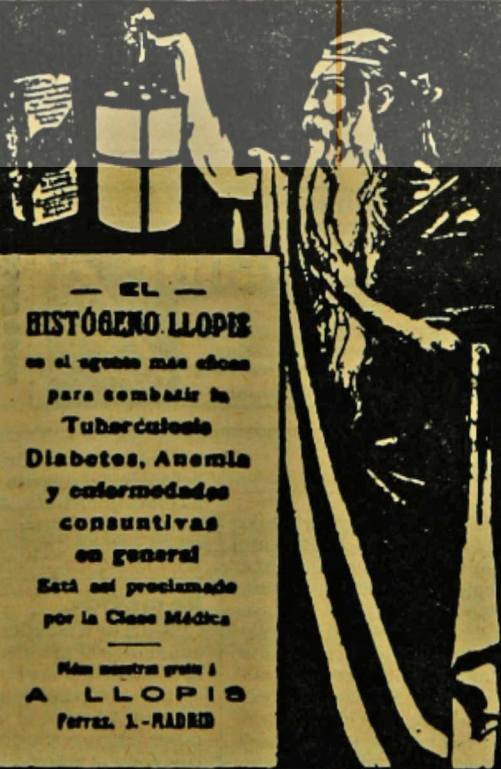
5.º *La ionización y la introducción electrolítica de los medicamentos.*

Ponente: Dr. Sarazin (de Angers).

6.º *Estado actual de la Radiografía muy rápida.*

Ponente: señor Dessauer, ingeniero (de Frankfurt a/M.). Para toda clase de informaciones dirigirse al Sr. Dr. Kristan Hynek, profesor agregado de Patología Médica, Hospital General, Praga II, Bohemia (Austria).

HISTÓGENO LLOPIS



PREMIADO
en varias Exposiciones
con las más
altas recompensas

—

Medalla de Oro
Zaragoza 1908

—

Medalla de Oro
Barcelona 1910

—

Gran Premio
Cruz de Oro
Medalla de Oro
Londres 1910

— EL —
HISTÓGENO LLOPIS
es el agente más eficaz
para combatir la
Tuberculosis
Diabetes, Anemia
y enfermedades
consuntivas
en general
Está así proclamado
por la Clase Médica

—

Hán nuestras gran a
A LLOPIS
FERRAZ, 1.-MADRID

Piperazina GRANULADA Llopis

El mejor
disolvente
y eliminador
del
Ácido Úrico

**PIDAN
MUESTRAS**
que
envío GRATIS, libre
de gastos

A. Llopis
Ferraz, 1 y 3.-Madrid.

Para **CURAR** las
ALMORRANAS
 recetad la
POMADA ANHEMOR
 Por ser incolora no Mancha
 E. LANCOSME, 71, Avenue d'Antin. PARIS. — De venta en todas las Farmacias.

Muestras y literatura: F. Castan, 169,
 Diputación, Barcelona.

TOS
 TISIS
 RESFRIADOS
 BRONQUITIS
 CATARROS
 ASMA

CURACION SEGURA
 CON EL
EMULSIÓN MARCHAIS
 al Creosota y Glicerofosfato de cal.
 DE MARCHAIS (FRANCIA)

De 8 á 8 cucharadas de café en una taza de tisana.

TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo
 y el Mal de Piedra.
 Exito en los Hospitales desde 1840
 En todas las farmacias—Alpor mayor Tavernier & Aguetant. Lyon (Francia)

HIERRO QUEVENNE Único aprobado por
 la ACADEMIA de
 MEDICINA de PARIS
 á causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar *Cloro-Anemia*.
 Único ferruginoso *inalterable* en los países cálidos. — 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

TUBERCULOSIS. AFECCIONES BRONCO-PULMONARES

SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al CLORHIRO-FOSFATO de CAL CREOSOTADO

ANTIBACILAR y RECONSTITUYENTE
 PERFECTAMENTE TOLERADA y COMPLETAMENTE ABSORBIDA
 Cicatriza las lesiones locales, restaura con prontitud el espíritu y el estado general.
 L. PAUTAUBERGE, COURBEVOIE-PARIS y todas Farmacias.

RAQUITISMO

ESCRÓFULAS

Estafeta de partidos

Respecto á la vacante de médico titular de esta villa de Higuera de la Serena (Badajoz), con 1 500 pesetas, por la asistencia á 100 familias pobres, debo advertir á los compañeros que piensen solicitarla que, con arreglo á la clasificación aprobada, es de tercera categoría con 1.000 pesetas, y que hay otro médico en la localidad que ha venido desempeñando por espacio de catorce años, con contrato ilimitado, según la vigente Ley, con beneplácito de todo el vecindario, y que el Sr. Alcalde de dicho pueblo lo separó del cargo sin formación de expediente y que entabló el recurso de alzada ante el Sr. Gobernador civil de la provincia, estando pendiente de resolución, y que piensa continuar en dicho pueblo, pues además de contar con todo el igualatorio (excepto unos cuantos), es natural del mismo y cuenta con desahogada posición. Para más de-

talles pueden dirigirse al Sr. Inspector provincial ó al Subdelegado del distrito de Castuera, ó á los compañeros de los pueblos inmediatos.—Aniceto Rodríguez.

Vacantes.

De médico.

—La de Valcarlos (Navarra), por renuncia, con la dotación anual de 500 pesetas por la titular, y otras 2.000 pesetas por la asistencia á las familias acomodadas, que al agraciado le serán satisfechas por trimestres vencidos, de fondos municipales. Además, el agraciado quedará en libertad para contratar sus servicios con los cuarenta carabineros de que se compone la sección de esta villa. (B. O. del 29 de Mayo).—El alcalde, Beltrán Echepearé.

Indicaciones.—Partido judicial de Aoiz: villa con Ayunta-

EPIDERMAL

Específico
 de los
 pruritos

Esta crema calma inmediatamente los

picores

de las enfermedades de la piel, aun los más tenaces y más intolerales.

Eczemas, herpes, urticaria, dartros, quemaduras, etc. delera.

Muestras gratuitas á los médicos.

Farmacia Vial, P. Mauvaie, sucesor,

20, rue de Chateaudun,
 PARIS

Granulos de Catillon

á 4 MIL. EXTRACTO NORMAL DE

STROPHANTUS

Con estos gránulos se han hecho las obras discutidas en la Academia de Medicina Paris 1889. Proban que 2 ó 4 producen pronta diuresis, resuman el corazón debilitado, disipan

ABISTOLIA — DISPNEA — OPRESION — EDEMA
 Cardiopatías de los Niños y Ancianos, etc.
 Uso continuo sin inconveniente ni intolerancia.

GRANULOS DE CATILLON

STROPHANTINE

TÓNICO del CORAZON por EXCELENCIA.

NO DIURÉTICO — TOLERANCIA INDEFINIDA.

Muchos strophantus son inertes, las tinturas infloran

1919 Granulos Catillon, Premio de la Acad^{de} de Medic^{ca}

Medalla de Oro 1900. Paris 3, Bd St-Martin.

GOTA, CÁLCULOS REUMATISMOS

se **COMBATEN** con **ÉXITO**
por medio de las

**SALES DE LITINA
EFERVESCENTE**

LE PERDRIEL

(Carbonato, Benzoato, Salicilato, Citrato,
Glicerofosfato, Bromhidrato).

Superior á todos los demás
disolvente del ácido úrico,
por su acción curativa, aún
sobre la diatesis artrítica.

El ácido carbónico **NACIENTE**
que de él se desprende, al
combinarse molecularmente
con la Litina, asegura su
eficacia.

ESPECIFICAR el Nombre
"LE PERDRIEL" para evitar
su sustitución por similares
ineficaces, impuros ó mal
dosificados.

LE PERDRIEL y C^a, 11, Rue Milton, Paris
Y EN TODAS LAS FARMACIAS



SEDOL **ANTIESPASMÓDICO** **SEDOL**

*Señor Doctor
Cuando*

la **MORFINA**
los **BROMUROS**
el **CLORAL**
los **CALMANTES**
los **HIPNÓTICOS**

*ne le dan á V.
el apetecido resultado
pruebe V el*

SÉDOL

Pidanse muestras **Grátis**

L. LECOQ ex ayudante
y premiado con la medalla de oro de los hospitales de Paris
PARIS, 15 Avenue Parthenon, PARIS (16^e)

ANALGÉSICO

HIPNÓTICO

SEDOL

SEDOL

AMENORREA - DISMENORREA

APIOLINA CHAPOTEAUT

No confundirla con el Apio!

La **Apiolina** ejerce su acción en el sistema circulatorio, determinando fenómenos de congestión vascular y de excitación, al par que en la contractibilidad de la fibra muscular lisa de la matriz.

Administrada 2 ó 3 días antes de la aparición de las reglas, en dosis de 2 á 3 cápsulas de á 20 centig. diarias, tomadas en las comidas, la **Apiolina** provoca y regulariza el flujo mensual.

PARIS, 8, rue Vivienne, y en todas las Farmacias.

ENFERMEDADES NERVIOSAS

INSOMNIOS * HISTÉRICO * NERVOSISMO

El Cloral y el Bromuro de Potasio, que son los dos más poderosos modificadores del sistema nervioso, están felizmente combinados en el

JARABE GELINEAU

el más activo de los Sedativos.

El **JARABE GELINEAU** constituye el medicamento por excelencia á oponer á la **Agitación nerviosa**, que cansa tan á menudo la mujer á ciertas épocas de su existencia.

miento de 973 habitantes, á 42 kilómetros de Aoz y 65 de la estación de Pamplona.

—La de Magaña (Soria), por dimisión, con el haber anual de 130 pesetas, satisfechas del presupuesto municipal por trimestres vencidos. El profesor que resulte agraciado con dicha plaza percibirá además en concepto de iguales, por la asistencia de su facultad á las familias acomodadas de esta localidad exclusivamente, la cantidad de 2.120 pesetas anuales, satisfechas también por trimestres vencidos, garantizadas y cobradas por la comisión designada al efecto. (B. O. del 29 de Mayo).—El alcalde, **Juan Antonio Valer**.

Indicaciones.—Partido judicial de Agreda: villa con Ayuntamiento de 588 habitantes, á 25 kilómetros de Agreda y 35 de la estación de Soria, que es la más próxima.

—La de Espino de Orbada (Salamanca), por defunción, con el haber anual de 750 pesetas por la asistencia de 35 familias pobres y transeúntes enfermos, pudiendo hacer iguales el agraciado con los demás vecinos de esta localidad y los del inmediato de Vil anueva de los Pavones, que entre ambos vienen á producir aproximadamente 4.500 pesetas anuales. Solicitudes por treinta días. (B. O. del 1.º de Jnnio).—El alcalde, **Francisco Martín**.

Indicaciones.—Partido judicial de Salamanca: lugar de 703 habitantes, á 27,8 kilómetros de Salamanca y 4 de la estación de Pedroso, que es la más próxima.

—La de Mogarraz (Salamanca), por re-

nuncia, con la dotación anual de 999 pesetas, por la asistencia de 36 familias pobres, pudiendo contratar además con 280 vecinos. Solicitudes por treinta días. (B. O. del 1.º de Junio).—El alcalde, *Alonso Cascón*.

Indicaciones.—Partido judicial de Sequeros: villa de 1.046 habitantes, á 6 kilómetros de Sequeros y 38 de Fuentes de San Esteban, que es la estación más próxima.

—La de Villahornate (León), por defunción, con la dotación anual de 500 pesetas, pagadas por trimestres vencidos de los fondos municipales, con la obligación de prestar asistencia á 12 familias pobres, practicar los reconocimientos de quintas, y demás servicios que á los titulares obligan las disposiciones vigentes; advirtiéndoles que el agraciado con dicho cargo podrá hacer iguales con 112 vecinos, habiéndose calculado su producto íntegro en 200 fanegas de trigo anuales. (B. O. del 5 de Junio).—El alcalde, *Pedro Santos*.

Indicaciones.—Partido judicial de Valencia de Don Juan: villa con Ayuntamiento de 437 habitantes, á 11 kilómetros de Valencia de Don Juan y 20 de Benavente, que es la estación más próxima.

—La de Peñascosa (Albacete), dotada con el sueldo anual de 1.600 pesetas, cobradas por trimestres vencidos, por la asistencia á 20 familias pobres, y con un igualatorio de unas 3.500 pesetas. Solicitudes por treinta días. (B. O. del 3 de Junio).—El alcalde, *Agustín Flores*.

Indicaciones.—Partido judicial de Alcaraz: villa con Ayuntamiento de 1.582 habitantes, á 8 kilómetros de Alcaraz y 65 de la estación de Albacete, que es la más próxima.

—La de Atanzón (Guadalajara), con la dotación anual de 200 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto. El profesor que se nombre percibirá de los vecinos pupilantes de la localidad por la asistencia facultativa 230 fanegas de trigo bueno, que el mismo cobrará en la próxima recolección. (B. O. del 3 de Junio).—El alcalde, *Anastasio Sigüenza*.

Indicaciones.—Partido judicial de Brihuega: villa con Ayuntamiento de 716 habitantes, á 20 kilómetros de Brihuega y 14 de la estación de Guadalajara, que es la más próxima; sólo hay un camino carretero á Torija; los demás son de herradura.

—La de Montemayor (Valladolid), con la dotación de 1.500 pesetas, por la asistencia de 100 á 150 familias pobres y demás casos de oficio. Solicitudes por treinta días. (B. O. del 3 de Junio).—El alcalde, *Félix Sanz*.

Indicaciones.—Partido judicial de Peñafiel: villa con Ayuntamiento de 1.450 habitantes, á 32 kilómetros de Peñafiel y 14 de Tudela de Duero, que es la estación más próxima.

—La de Coirós (Coruña), dotada con el sueldo anual de 876 pesetas. (B. O. del 4 de Junio).—El alcalde, *Pedro Medal*.

Indicaciones.—Partido judicial de Betanzos: Ayuntamiento de 2.789 habitantes, compuesto de cuatro parroquias. Coirós: aldea de 122 habitantes, residencia del Ayuntamiento, á 8 kilómetros de la estación de Betanzos; carretera á la Coruña.

—La de Peleagonzalo (Zamora), con la dotación anual de 750 pesetas, pagadas por trimestres vencidos con cargo al presupuesto municipal, por la asistencia de 35 familias pobres. (B. O. del 5 de Junio).—El alcalde, *Andrés Martín*.

Indicaciones.—Partido judicial de Toro: lugar con Ayuntamiento de 960 habitantes, á 9 kilómetros de la estación de Toro.

—La de Oñate (Guipúzcoa), con la dotación anual de 990 pesetas, que se pagarán por meses vencidos: es indispensable que el aspirante sepa el idioma vascongado: la duración del contrato será de cuatro años: para más detalles véase el B. O. del 7 de Junio. Solicitudes por treinta días.—El alcalde, *Esteban de Gomendio Alzáa*.

Indicaciones.—Partido judicial de Vergara: villa con Ayuntamiento de 6.083 habitantes, á 12 kilómetros de Vergara y 19 de Zumárraga; carretera de Zumárraga á Vergara.

—Las dos de Picasent (Valencia), una por renuncia y la otra de nueva creación, con la dotación anual de 1.000 pesetas cada una; tiene 230 familias pobres. Solicitudes por treinta días. (B. O. del 1.º de Junio).—El alcalde, *Tomás Martorell*.

Indicaciones.—Partido judicial de Torrente: villa con Ayuntamiento de 4.010 habitantes, á 8 kilómetros de Torrente; ferrocarril del Grao á Valencia y Turis.

—La de Huerta de Valdecarábanos (Toledo), con la do-

tación anual de 1.500 pesetas, pagadas por mensualidades, por la asistencia á 200 familias pobres; viene á producir este partido unas 3.000 pesetas. Solicitudes hasta el 10 de Julio.—El alcalde, *Pedro G. del Rincón*.

Indicaciones.—Partido judicial de Ocaña: villa con Ayuntamiento de 2.238 habitantes, á 15 kilómetros de Ocaña; ferrocarril de Madrid á Alicante, á 5 kilómetros.

—La de Aranda de Moncayo (Zaragoza), para dar cumplimiento á lo ordenado por la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Médicos Titulares, queda sin efecto el anuncio de esta Alcaldía publicado en el *Boletín Oficial* de la provincia, núm. 117, del día 17 del mismo; y en su virtud, nuevamente y por el tiempo reglamentario, se anuncia vacante la titular de Medicina y Cirugía de esta villa, con la dotación anual de 1.000 pesetas por la asistencia gratuita del máximo de familias pobres y las demás obligaciones mencionadas en las disposiciones vigentes. (B. O. del 6 de Junio).—El alcalde, *Santiago Vinuesa*.

Indicaciones.—Partido judicial de Ateca: villa con Ayuntamiento de 1.583 habitantes, á 28 kilómetros de Ateca y 28 de la estación de Morés, que es la más próxima.

—La de Hontoria de Valdearados (Burgos), con la dotación anual de 760 pesetas, y además disfrutará de leña y exención de consumos; puede igualar con 160 vecinos. Solicitudes por treinta días. (B. O. del 31 de Mayo).—El alcalde, *Juan Aguilera*.

Indicaciones.—Partido judicial de Aranda de Duero: villa con Ayuntamiento de 605 habitantes, á 16 kilómetros de Aranda de Duero y 6 de Valcondes, que es la estación más próxima.

Defarmacéutico.

—La de Gallur (Zaragoza), con la consignación anual de 552,05 pesetas, con más 240 para medicamentos y servicios sanitarios. Y de conformidad con lo prevenido en las disposiciones vigentes, el número de familias pobres, teniendo en cuenta el censo de población, que lo es de 2.831 habitantes, será y no podrá exceder de 150, y para esto se procederá á incluir las que legalmente correspondan, aunque no llegue á dicho número. Solicitudes por treinta días. (B. O. del 30 de Mayo).—El alcalde, *Antonio Oliver*.

Indicaciones.—Partido judicial de Borja: villa con Ayuntamiento de 2.847 habitantes, á 19 kilómetros de Borja; ferrocarril de Alsasua á Zaragoza.

—La de Cabrales (Oviedo), con la dotación anual de 1.000 pesetas, pagaderas por trimestres vencidos. (B. O. del 7 de Junio).—El alcalde, *Narciso Alvarez*.

Indicaciones.—Partido judicial de Llanes: Ayuntamiento de 4.286 habitantes, formado por 12 pueblos. Carr. n.º: lugar donde reside el Ayuntamiento de 592 habitantes, á 30 kilómetros de Llanes.

De practican'te.

—La de Reillo (Cuenca), por dimisión, dotada con el haber anual de 25 pesetas, pagada por trimestres vencidos del presupuesto municipal. (B. O. del 5 de Junio).—El alcalde, *Eulogio Herráiz*.

Indicaciones.—Partido judicial de Cuenca: villa con Ayuntamiento de 491 habitantes, á 36 kilómetros de Cuenca, que es la estación más próxima; carretera de Tarancón á Teruel.

—Hállase vacante una plaza de AYUDANTE ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA que posea la técnica quirúrgica. Buen sueldo.

Dirigirse al SANATORIO GRADAILLO, CORUÑA.

DESINFECCIÓN

Y

DESINFECTANTES

SEGUNDA EDICIÓN

POR

D. VICTOR MARÍA CORTEZO

Los pedidos, acompañados de su importe, 4 pesetas, deben dirigirse á la Administración de este periódico, Magdaleña, 36, ó á la librería de D. Francisco Beltrán, Príncipe, 16.

Sucesores de ENRIQUE TEODORO, Impresor.
TELEFONO 552. — Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—MADRID