

MURCIA MÉDICA

:: **Publicación mensual de Medicina, Cirugía y especialidades** ::

AÑO II

MURCIA-FEBRERO-1916

Núm. 11

DIRECTORES-FUNDADORES

D. Antonio Guillamón Conesa ↔ **D. José Sánchez Pozuelos**
D. Juan A. Martínez Ladrón de Guevara

Académicos Corresponsales de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: CALLE DE ZOCO

REDACCIÓN.—F. ALEMÁN, *Oftalmología*.—E. AMORÓS, *Enfermedades de la nutrición*.—F. CANO, *Medicina general*.—M. S. CARRASCOSA, *Ginecología*.—F. CONEJERO, *Sifilografía*.—J. EGEA, *Urología*.—J. GALLEGU, *Pediatría*.—F. GINER, *Aparato digestivo*.—A. GUILLAMÓN, *Biología*.—J. A. MARTÍNEZ L. DE GUEVARA, *Aparato respiratorio*.—J. A. MOLINA NIÑIROLA, *Electrología*.—E. PALAZÓN, *Dermatología*.—M. PRECIOSO, *Cirugía general*.—A. ROMERO, *Oto-rino-laringología*.—J. RUIZ MEDINA, *Neurología*.—J. SÁNCHEZ POZUELOS, *Aparato circulatorio*.—J. VINADER, *Medicina general*.

COLABORADORES.—DOCTORES: ALBALADEJO, Murcia.—ALBASANZ, Madrid.—AROCA, Murcia.—AYUSO, Murcia.—AZÚA, Madrid.—CAMPOS FILLOL, Valencia.—CAÑIZO, Salamanca.—CODINA CASTELLVÍ, Madrid.—CUBELLS, Albacete.—DECREF, Madrid.—GARCÍA DEL REAL, Valladolid.—GÓMEZ OCAÑA, Madrid.—GÓMEZ, Murcia.—GONZÁLEZ AGUILAR, Madrid.—GONZÁLEZ PELAEZ, Salamanca.—HERNÁNDEZ-ROS, Murcia.—LECHA MARZO, Granada.—LIZCANO, Madrid.—LÓPEZ SANCHO, Valencia.—LOZANO, Zaragoza.—MAESTRE, Madrid.—MANERO, Alicante.—MARAÑÓN, Madrid.—MARQUEZ, Madrid.—MATEO MILANO, Madrid.—MEDINA (ALFONSO), Madrid.—MEDINA (FRANCISCO), Murcia.—PARDO, San Javier (Murcia).—PASCUAL, Madrid.—PESET (JUAN), Sevilla.—PESET (TOMÁS), Valencia.—PIGA, Madrid.—PIQUER, Murcia.—PITTALUGA, Madrid.—RAMÓN Y CAJAL (SANTIAGO), Madrid.—RECASENS, Madrid.—RODRÍGUEZ FORNOS, Valencia.—ROYO GONZÁLVEZ, Salamanca.—SANCHEZ DE RIVERA, Madrid.—SANCHEZ GARCÍA, Murcia.—TOLOSA LATOUR, Madrid.—VERDES MONTENEGRO, Madrid.

COLABORACIÓN AMERICANA.—DOCTORES: MIGUEL ANGEL.—KRAUS.—RAGUSIN.

===== **Suscripción por un año, 5 pesetas.—Número suelto, 1'50 id.** =====

Se autoriza la reproducción de nuestros artículos, indicando la procedencia. De todas las obras que se nos remitan dos ejemplares, publicaremos un estudio crítico. El envío de un solo ejemplar da derecho al anuncio en lugar correspondiente. No se devuelven los originales, ni se publicarán los artículos que no estén íntegros en esta Redacción.

SUMARIO ◊ ◊ ◊ ◊ ◊

TRABAJOS ORIGINALES: *Docimasia pulmonar hidrostática cuantitativa*, por los Dres. Juan y Tomás Peset.—*Nuevo tratamiento de la tos convulsa*, por el Dr. Rodolfo Kraus.—*El esguince de la articulación tibio-tarsiana*, por el Dr. Decref.—*Nota clínica: Flebitis puerperal tratada con el jugo hepático*, por D. Miguel Ballesta.—PRENSA PROFESIONAL: GINECOLOGÍA: *La tuberculosis genital*, por el Dr. D. Enrique López Sancho.—PAIDOLOGÍA: *Absceso retrofaríngeo vaciado en el bronquio izquierdo*, por el Dr. Sarabia y Pardo.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia: Cólera epidémico y su profilaxis*, discurso leído en la sesión pública inaugural del día 30 de Enero de 1916 por el doctor D. Salvador Piquer Hernando.—SECCIÓN VARIA: *Fundación Santa Cándida*.—*Noticias*.—*Concursos y premios para 1916: MURCIA MÉDICA, Real Academia de Medicina de Murcia, Sociedad de Pediatría, Sociedad Española de Higiene y Academia Médico-Quirúrgica Española*.—*Correspondencia administrativa con nuestros suscriptores*.

ARIVLE de S. Pozuelos.-Es la digital del pulmón

Jarabe Antiferino Moreno

PREPARACIÓN RACIONAL Y CIENTÍFICA PARA COMBATIR CON ÉXITO EN TODOS SUS PERÍODOS LA MÁS REBELDE COQUELUCHE.

DENTICINA MORENO

SOBERANO REMEDIO PARA COMBATIR TODAS LAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO Y VIENTRE EN LOS NIÑOS.

Cura los **VÓMITOS** y **DIARREA**; facilita el **BROTE** y desarrollo de los **DIENTES**; evita el picor de las **ENCÍAS**. Combate las **ALFERECÍAS** y en general todos los desarreglos que lleva consigo el período de la **DENTICIÓN**.

Los preparados de **J. MORENO** se hallan de venta en todas las Farmacias y en la de su autor

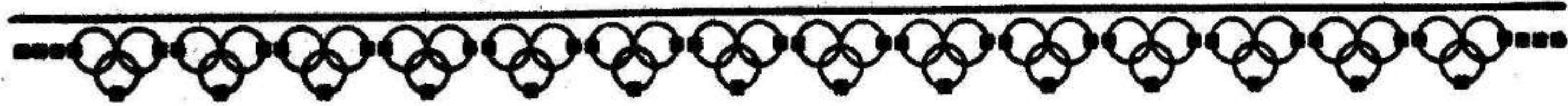
Plaza de Camachos, 26.-MURCIA



FARMACIA
CATALANA
DE
M. REBOROSO

(MURCIA)
LA MEJOR
SURTIDA
Y MAS
ECONOMICA

The illustration shows a pharmacy building with a checkered pattern. A large, stylized caduceus symbol is superimposed over the building. The building has a central entrance and a sign above it. The checkered pattern is composed of small squares.



Farmacia *~ ~ ~*

~ ~ **y Droguería**

DE

A. Ruiz Seiquer

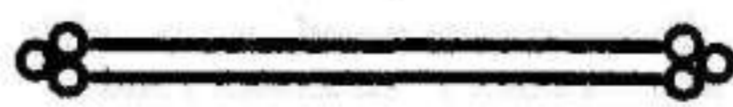
Especialidades nacionales y extranjeras

Sueros y Vacunas

Medicamentos modernos 

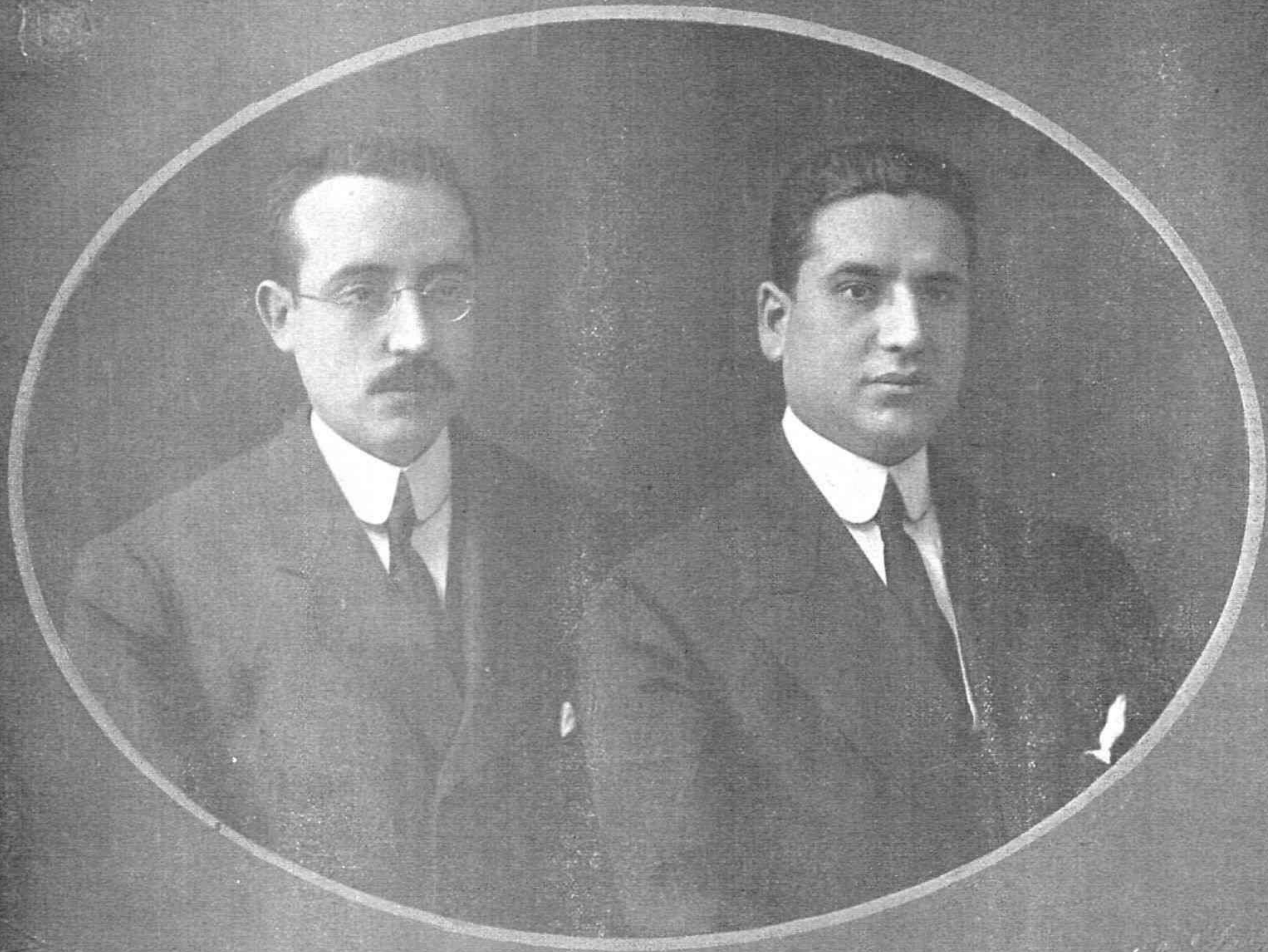
 *Aguas minero-medicinales*

Oxígeno puro para inhalaciones



Plaza de San Bartolomé

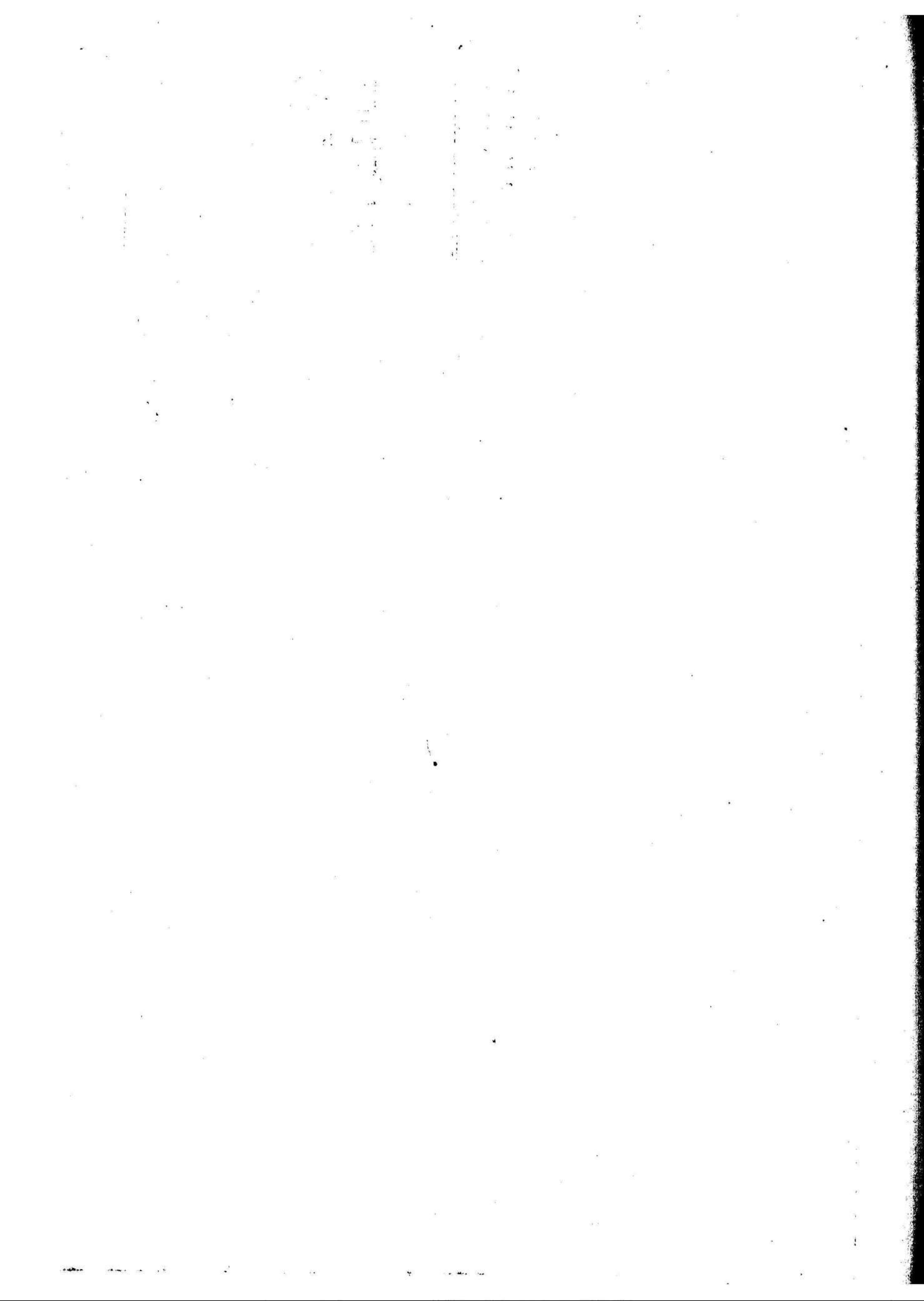
MURCIA



MURCIA MÉDICA
:: FEBRERO 1916 ::

DOCTORES
Juan y Tomás Peset
DE LAS FACULTADES
DE
SEVILLA Y VALENCIA
RESPECTIVAMENTE

... NUESTROS ...
COLABORADORES



MURCIA MÉDICA

::: Publicación mensual de Medicina, Cirugía y especialidades :::

Año II .. Febrero 1916 .. Núm. 11

TRABAJOS ORIGINALES

DOCIMASIA PULMONAR HIDROSTÁTICA CUANTITATIVA ⁽¹⁾

POR

JUAN PESET

Catedrático de Medicina Legal y Jefe del Laboratorio Bacteriológico Municipal en Sevilla.

TOMÁS PESET

Profesor del Laboratorio Bacteriológico Municipal y Auxiliar interino de Medicina Legal en Valencia.

ENTRE los autores que han contribuido felizmente al desarrollo de la Medicina legal en los últimos tiempos, quien ha dado la nota más saliente de ingenio en sus nuevos atisbos es sin duda alguna Severino Icard. Si no bastaran para demostrar nuestro aserto sus signos de muerte cierta de la fluoresceina y de la reacción sulfhídrica bastaría la aplicación de la ley de Gay Lusac y de Mariotte que acaba de hacer para aumentar la sensibilidad de la docimasia pulmonar hidrostática del recién nacido. (2)

Desde hace dos siglos y tercio en que fué practicada por vez primera por Schreyer (3) en Leitz, hasta hoy, habrían de contarse por centenares los autores que dedicaron su atención al estudio de este clásico medio de diagnóstico médico-legal. Imposible sería dar el número de médicos que hicieron su aplicación práctica,

(1) V Congreso de la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias. 1915.

(2) Severino Icard.—Une nouvelle méthode de docimasia pulmonaire hydrostatique applicable aux poumons frais et aux poumons putréfiés. *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*. Septiembre 1914, p. 193. Lecha Marzo y Piga. Notas médico-legales. *La Clínica Castellana*. Marzo 1915.

(3) Blumenstok.—Zun 200 Jährigen Jubiläum der Lungenprobe. *Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin*. Nueva serie T. XXXVIII y XXXIX.

cuya unidad de medida tendría que ser mayor aún. Hasta algunos legisladores dictaron técnicas para unificar su aplicación. Nadie cayó en la cuenta de que tratándose de investigar las modificaciones de densidad y por tanto de volumen que experimenta un trozo de tejido pulmonar por la existencia en el interior de su trama de cierta cantidad de gases, por estar el volumen de estos sometido a las leyes citadas, se podía obtener el aumento de éste variando la presión y la temperatura, consiguiendo de este modo mayor sensibilidad del procedimiento para los casos indecisos en que el pulmón flota entre dos aguas o va al fondo tan lentamente que hace sospechar una densidad inferior a la del pulmón que no respiró.

Ya Budín en 1872 (1) llegó a la conclusión de que si bien la docimasia hidrostática, cuando da resultados positivos prueba manifiestamente que la respiración ha tenido lugar, en ciertas circunstancias puede resultar insuficiente para permitir reconocer que un niño ha respirado. Balthazard y Lebrún (2) llegan a la conclusión de que la docimasia hidrostática conduce a resultados dudosos casi siempre cuando la densidad es superior a 0'8 y siempre que llega a 0'9.

Para poner más de relieve esta falta de cuantos precedimos a Icard en el estudio de la técnica que me ocupa, diremos que siempre se ha aconsejado el empleo del agua no excesivamente fría, «para evitar que el gas contenido en los pulmones disminuya de volumen y con ello deje de flotar el pedazo de pulmón». Tardieu (3) ya hablaba de «quien impone la obligación de no operar sino a una temperatura determinada o de hacer una contraprueba con agua caliente».

Sin embargo, precisó del oportuno ingenio de Icard para hacer la aplicación de las leyes citadas con arreglo a la técnica siguiente:

Empleo de la aspiración: El pulmón se corta en trozos como una nuez que se echan en agua comprobando que van al fondo. Dentro del recipiente se introduce un frasco haciendo pasar los trozos del pulmón a su interior sin sacarlos del agua. El frasco se tapa con un tapón de goma de modo que sólo quede una pequeña cámara de aire y por el agujero del tapón se hace pasar la cánula de una jeringa de hidrocele. Se aspira con la jeringa cuya operación enrarece el aire que quedó en la botella y al disminuir su presión disminuye también la de aire aprisionado en los alveolos con lo que aumentando el volumen de los trozos de pulmón, disminuye su densidad y se consigue que floten.

Empleo del agua caliente: Visto que los trozos de pulmón van al fondo en agua

(1) Budín.—De certains cas dans lesquels la docimasia pulmonaire hydrostatique est impuissante a donner la preuve de la respiration. *Annales d'Hygiene publique et de Médecine légale*. 1872. T. II. p. 185.

(2) Balthazard y Lebrún.—La docimasia pulmonaire. *Idem* Julio 1906.

(3) Tardieu.—Estudio médico legal sobre el infanticidio. Edición española. Barcelona 1883. página 64.

fría, se recojen de allí con un vaso sin sacarlos del agua. En el vaso solo se deja el agua necesaria para que estén sumergidos los pulmones. Se hierve agua y en el momento para su ebullición para sacarla del fuego, se echa en el vaso. El pulmón en contacto con el agua caliente menos densa que la fría, se retrae momentáneamente por lo que buscan con rapidez el fondo, pero después lentamente por ser el tejido pulmonar mal conductor del calor, se le ve ganar la superficie del agua por llegar el calor a los alveolos dilatando el aire contenido en ellos.

Existen algunos intentos para determinar cuantitativamente la variación de densidad sufrida por el tejido pulmonar. Los más conocidos son:

1.º La técnica clásica de arrojar al agua en unión con los pulmones, el corazón y el timo, lo cual sirve para asegurarse de si la disminución de la densidad de los primeros es suficiente para sostener a flote todos los órganos citados. Sólo sirve para ratificar de modo aproximado la fuerte disminución de la densidad por bajo de 1, del paréquima pulmonar.

2.º Daniel (1) empleó la balanza hidrostática para la docimasia pulmonar. Leyendo los datos obtenidos (2) se ve que la sensibilidad del aparato empleado era insuficiente para la determinación exacta de las densidades buscadas.

3.º Bernt (3) ideó un tubo cilíndrico en el cual se leía el volumen de agua desplazado por los pulmones con el corazón. En dicho recipiente habían inscritas diferentes escalas para leer en tal o cual de ellas según la edad o el sexo del feto. Por lo tanto, se trata de una determinación aproximada del volumen de agua desplazado que dependerá del peso y de la densidad de los pulmones. La falta de exactitud en las lecturas y las variantes grandes que con las diferencias de peso absoluto de los pulmones podrán ocurrir, lo hace inútil para las determinaciones de peso específico.

4.º Bernheim (4) propuso medir la densidad de los pulmones por medio de un picnómetro. Strassmann (5) asegura que esta prueba es incierta y Unger (6) dice ha dado lugar a errores.

5.º Nos parece que estas densidades podrían determinarse con aparatos como el areómetro de Nicholson, que son útiles para determinar la densidad de cuerpos más ligeros o más pesados que el agua. En general, estos métodos fundados en la determinación directa de la densidad, nos parecen poco sensibles si el pulmón es algo más pesado que el agua. Además como afirman Balthazard y Lebrun (7) «la de-

(1) Daniel.—*Commentation de infantum super natorum umbilico et pulmonibus*. Halle 1780.

(2) Gómez Pamo.—*Manual completo de Medicina legal y Toxicología*. 1873. T. I.

(3) Bernt.—*Programma quo nova pulmonum docimasia hydrostática proponitur*. Viena 1821.

(4) Bernheim.—*Deutsche medizinische Wochenschrift*. 1889, n.º 43.

(5) Strassmann.—*Manuale de Medicine legale*. Trad. Carrara 1901 p. 733.

(6) Unger.—*Deutsche medizinische Wochenschrift*. 1889, n.º 49.

(7) Balthazard y Lebrun.—*La docimasia pulmonaire Annales de Hygiene publique et de Medicine légale*. Abril 1906.

terminación precisa de la densidad no permite asegurar ventajas al problema; en efecto, aunque la densidad del pulmón sea siempre inferior a la unidad cuando el niño ha respirado, en presencia de un pulmón cuya densidad es de 0'9, no hay derecho a afirmar que no se trate de un pulmón de un feto nacido muerto debido al desarrollo de una putrefacción gaseosa invisible a simple vista».

6.º En el método de Icard hay unas indicaciones para hacerse cargo de un modo cuantitativo aproximado de la cantidad de aire existente en el parénquima pulmonar y por ende de la densidad de éste. (1) Respecto al empleo de la aspiración dice: «La dilatación intra-alveolar para conseguir el ascenso del pulmón, deberá ser tanto mayor cuanto más pequeña sea la cantidad de aire contenida en el pulmón. Ahora bien, la dilatación será tanto mayor cuanto más completo sea el vacío obtenido en el frasco; pero el vacío, con el empleo de una misma jeringa, será tanto más completo cuanto menos volumen tenga la cámara de aire o sea que el pulmón podrá subir con una cámara de aire tanto más grande cuanto mayor sea la cantidad de éste que él contenga. Tendremos por tanto, en el volumen más o menos grande que podamos dejar a la cámara de aire, un medio de apreciar la cantidad mayor o menor del mismo contenido en el pulmón». Respecto a su procedimiento consistente en aumentar la temperatura, añade (2): «La temperatura necesaria para determinar la ascensión del pulmón y para mantenerle en la superficie del agua, nos podrá servir de medida para apreciar la mayor o menor cantidad de aire contenida en el pulmón: cuanto más pequeña sea esta cantidad, tanto más elevada será dicha temperatura».

Hasta aquí los datos expuestos por otros.

Creemos que la docimasia pulmonar hidrostática con la modificación de Icard, ha adquirido la posibilidad de otorgar un criterio cuantitativo mucho más aproximado acerca de la existencia o no de respiración y de la importancia que esta haya tenido

Para fundamentar nuestro aserto vamos a demostrar que la medida de la presión y temperaturas necesarias para que un trozo de pulmón flote entre dos aguas es suficiente para calcular la densidad de dicho trozo de pulmón y hasta para deducir el volumen de los gases en él encerrados. Distinguiremos los cuatro casos posibles: 1.º Que el pulmón venga al fondo y mediante la descompresión y aumento de temperatura se consiga hacerle flotar entre dos aguas. Es el caso más interesante. 2.º Que el pulmón vaya al fondo y no se consiga hacerle flotar por dichos medios. 3.º Que el pulmón se mantenga entre dos aguas. 4.º Que el pulmón flote y aumentando la presión o disminuyendo la temperatura, se le haga flotar entre dos aguas. (En este caso la cuantitativa sin previa presión de los trozos, es menos interesante).

(1) Icard.—Loc. cit. p. 203.

(2) Icard.—Loc. cit. p. 205.

Primer caso.—El pulmón va lentamente al fondo del agua, pero mediante descompresión y ligero aumento de temperatura, se consigue hacerle flotar entre dos aguas.

Sea t la temperatura y h la presión a que ha de estar sometido el gas que contiene el parénquima pulmonar, cuando flota entre dos aguas o sea cuando su densidad D' es 1. Tendremos:

$$D' = 1 = \frac{p}{V'} = \frac{p}{V'' + v'}$$

Siendo p el peso del trozo, V' su volumen total, V'' el de la trama orgánica y v' el del gas que contiene a t° y H presión. Pero $V'' = \frac{p}{d}$ en que d representa la densidad de la trama orgánica pulmonar y por lo tanto,

$$1 = \frac{p}{\frac{p}{d} + v'}$$

$$\text{De donde } v' = p - \frac{p}{d}$$

Si v es el volumen del mismo gas en condiciones normales de presión y temperatura (1) (760 mm. y 0°) tendremos

$$v = \frac{v' (H - f)}{0.760 (1 + \alpha t)} = \frac{(p - \frac{p}{d}) (H - f)}{0.760 (1 + \alpha t)}$$

Donde, como es sabido, f representa la tensión del vapor de agua a t° y α es $\frac{1}{273}$ o sea 0.00367.

Ahora bien, si designamos por D la densidad del trozo de pulmón en condiciones normales de presión y temperatura, su volumen será $\frac{p}{D}$ y resultará de sumar el volumen de la parte gaseosa v y el de la trama sólida que lo integran y siendo este último $V'' = \frac{p}{d}$ resulta:

(1) Si, como es preferible, se desea calcular la densidad a 15° basta con sustituir en la fórmula t por $t-15$.

$$\frac{p}{D} = \frac{(p - \frac{p}{d}) (H - f)}{0.760 (1 + \alpha t)} + \frac{p}{d}$$

De donde

$$D = \frac{d}{\frac{(d - 1) (H - f)}{0.760 (1 + \alpha t)} + 1} \quad (1)$$

Cuya fórmula nos concede la densidad del tejido pulmonar en función de la presión H y de la temperatura t a que precisa someterlo para que flote entre dos aguas, pudiendo la cifra obtenida dar idea de la intensidad con que fué modificada la densidad del tejido pulmonar. Las cifras que representan la densidad de esta son:

	<u>Feto no respiró</u>	<u>Feto respiró</u>
Tourdes (1).	1'08 a 1'1	0'900
Bernheim (2)	1'1 a	0'800
Kraus (3).	1'045 a 1'056	— —
Sappey (4).	1'042 a 1'092	0'356 a 0'625
Balthazard y Lebrum (5).	— — — —	0'830

Las cifras de densidad de pulmones en fetos que no respiraron serán discutidas más adelante. En fetos que respiraron debemos aceptar las cifras que resultan de las investigaciones de Kraus o mejor las de Balthazard y Lebrun que hemos calculado como promedio de las densidades de 20 pulmones correspondientes a 12 fetos que respiraron y cuya determinación se hizo con todo escrúpulo de 24 a 48 horas después de la muerte. Probablemente en los pulmones examinados por Sappey la putrefacción debió intervenir disminuyendo la densidad.

Si queremos determinar la cantidad o volumen de gas contenido en 100 gr. de pulmón que es 0 en el que no respiró (salvo putrefacción) y unos 30 c. c. en el que respiró bastante tiempo, bastará tener presente que

$$v = \frac{100}{D} - \frac{100}{d} \quad (2)$$

Lo cual significa que el volumen v del gas en condiciones normales de presión y temperatura contenido en 100 gr. de tejido pulmonar, es igual al volumen total de este $\frac{100}{D}$ disminuido en el volumen de su trama orgánica $\frac{100}{d}$.

Segundo caso.—El pulmón va al fondo y no se consigue hacerlo flotar disminuyendo la presión y aumentando la temperatura. Resulta evidente la ausencia de gases en la trama orgánica, que de otro modo aumentaría de volumen, disminuyendo su densidad.

Tercer caso.—El pulmón flota entre dos aguas. Sin necesidad de modificar la presión y la temperatura, puede aplicarse la fórmula (2). Siendo $D=1$, resulta para este caso con bastante aproximación, pues no se hace corrección de presión y temperatura.

$$v = 100r - \frac{100}{d}$$

Cuarto caso.—El pulmón flota y aumentando la presión o disminuyendo la temperatura se le hace flotar entre dos aguas. Este caso queda comprendido en el que con más generalidad hemos estudiado en primer lugar.

Técnica de la operación: Para facilitarla hemos improvisado un sencillísimo aparato representado en la adjunta fotografía. En esencia se limita a un frasco de boca ancha destinado a contener el agua que recibirá los trozos de pulmón, en cuyo interior hay un termómetro para medir temperaturas menores de 50° (mientras sea posible creemos que conviene evitar el empleo de temperaturas capaces de coagular las albúminas). Dicho frasco tiene dos tubuladuras laterales: La primera en comunicación con un tubo en U de unos 80 cm. de largo cuya U está llena de mercurio en sus dos ramas hasta una altura de unos 40 cm. y va colocada sobre una escala dividida en milímetros teniendo dos indicadores que facilitan la lectura de la altura del mercurio en cada rama de la U. La segunda tubuladura tiene una llave de tres ramas una de las cuales comunica con el frasco, la segunda con la atmósfera y la tercera con cualquier mecanismo de hacer el vacío y presión (trompa de agua, de mercurio, bomba, etc.)

El modo de empleo no puede ser más sencillo; el frasco dentro del cual se ponen los trozos de pulmón se llena de agua en su mayor parte. Se hace el vacío o aumenta la presión (1) y varía la temperatura mediante la adición de agua caliente, hasta que el pulmón se sostenga entre dos aguas. Para ello, si el vacío hecho o la presión obtenida se juzgan excesivos por flotar rápidamente en el primer caso o ir al fondo el trozo de pulmón en el segundo, se hace uso de la llave de tres ramas para poner el frasco en comunicación con el exterior disminuyendo aquellos. Conseguido el objetivo que nos proponíamos, se toma nota de la temperatura t a que

(1) Esto sólo podrá hacerse hasta una atmósfera, a menos de que se sustituya el tubo en U por un manómetro.

está el agua del frasco y de la presión H a que operamos, la cual resultará de la suma algébrica de la presión que marque el barómetro del laboratorio y la diferencia de nivel acusada en las dos ramas de la U indicadora de la existente entre las presiones del aire del frasco que es la que sufren los pedazos de pulmón y del exterior. Conviene repetir la operación con trozos diversos del tejido pulmonar para obtener cifras medias. Aunque la cantidad de aire que sale de estos trozos es insignificante, conviene evitar operaciones muy lentas o repetidas.

Causas de error.—No vamos a ocuparnos aquí de las causas generales de error de la docimasia pulmonar hidrostática. Sin embargo, vamos a examinar someramente algunas que pueden parecer especialmente interesantes.

1.º Podría dudarse si el pulmón que sólo parcialmente se dilató, al penetrar una pequeña cantidad de aire en una o varias respiraciones incompletas, estará en condiciones de elasticidad suficiente para permitir que este se dilate como lo haría si ninguna acción externa se lo impidiese. Es lógico pensar que dentro de la normalidad el pulmón del feto se halla constituido para dilatarse completamente, en cuanto disminuya la presión de la cavidad pleural, por los movimientos respiratorios de las paredes del tórax. Por lo demás, si bien es cierto que la rigidez cadavérica es un fenómeno que no se limita al tejido muscular, sino que en mayor o menor grado alcanza a todos los tejidos, su poca importancia en el pulmonar hace que sea posible en todo momento la dilatación del mismo.

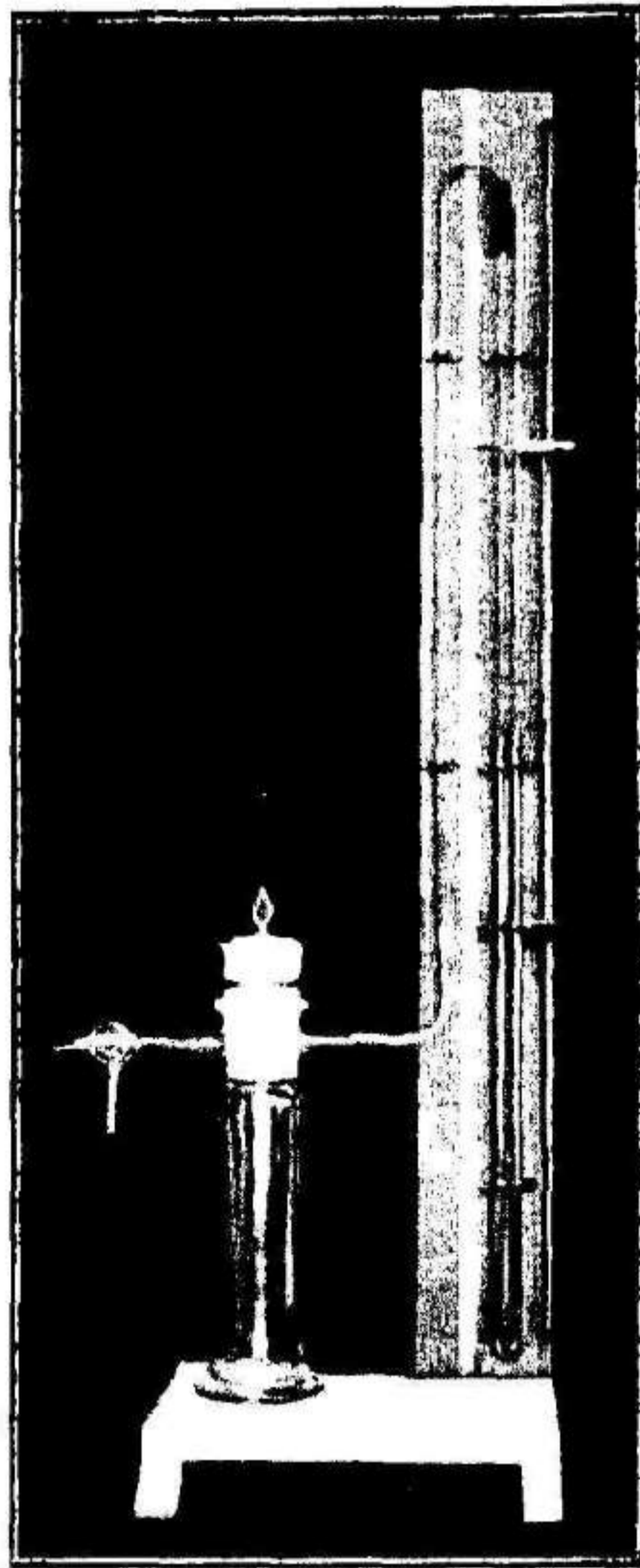
2.º Entre las alteraciones cadavéricas la desecación y la momificación, se concibe que puedan impedir la dilatación del parénquima pulmonar, pero es el caso que a partir de los estudios de Bordas y Descoust (1) esas transformaciones citadas sólo se aceptan como frecuentes en los casos de fetos que no respiraron por ser aséptico su contenido como aun para el contenido intestinal ponen de relieve las docimias bacterioscópicas de Malvoz y Binda.

3.º La putrefacción impide todo intento de docimasia hidrostática cuantitativa directa. Sin embargo, por una parte se ha demostrado que «por pequeña que sea la cantidad de aire introducida en los pulmones, se admite difícilmente que estos puedan ser desembarazados de él completamente» (2) lo cual ya comprobó Ungar (3) viendo que en ningún caso de atelectasia pulmonar secundaria se ha podido comprobar la completa desaparición del aire residual. Por otra parte se ha insistido con razón acerca de la importancia que tiene en el diagnóstico médico-legal el último tiempo de la docimasia hidrostática consistente en someter a la presión los trozos

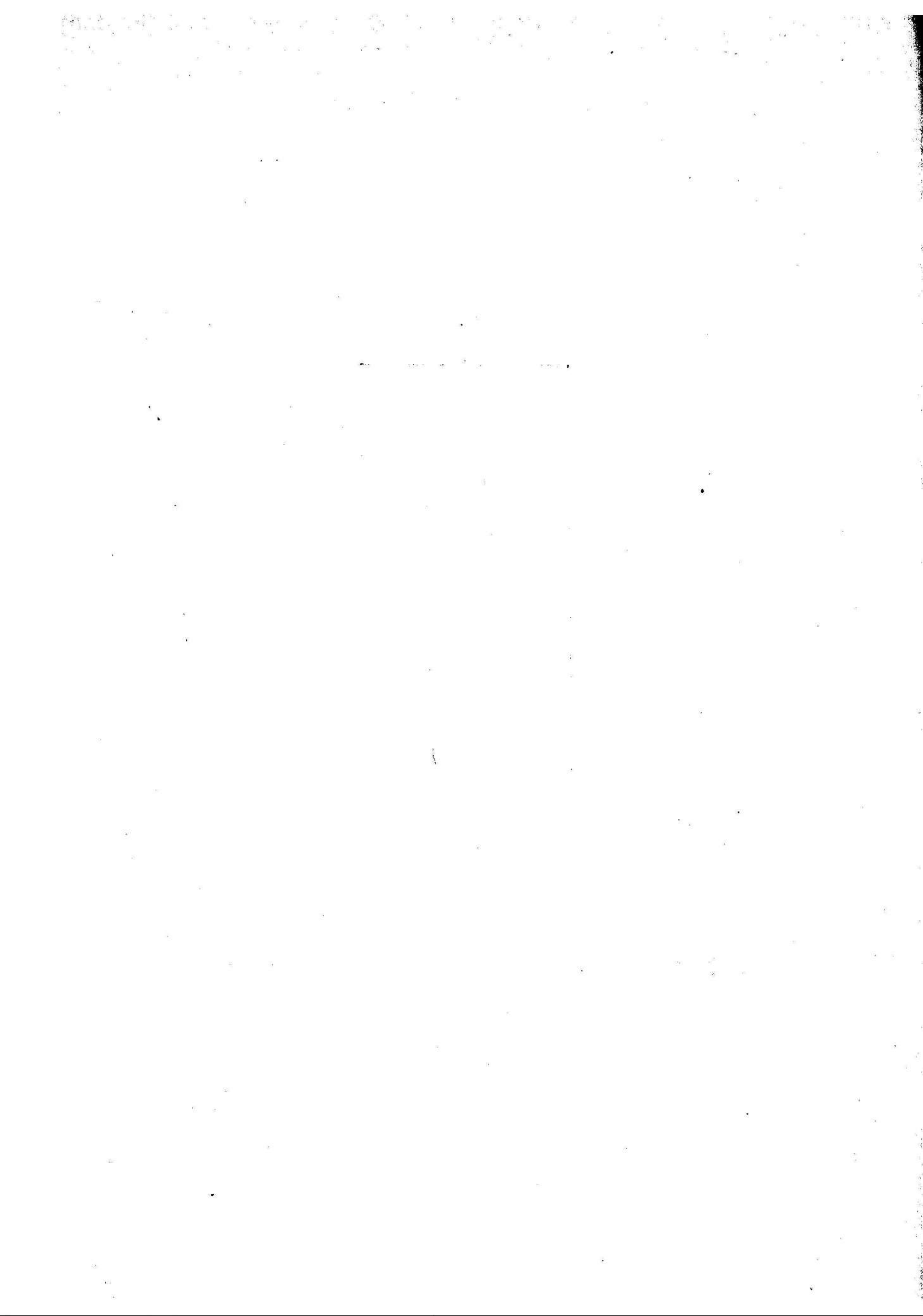
(1) Bordas y Descoust.—De l' influence de la putrefaction sur la docimasia pulmonaire hydrostatique. Ann. d'hyg. publ. et de med. lég. 5.º série, 1895, t. XXXIII, p. 547

(2) Thomas.—*L'examen médico-legal des poumons des nouveau-nés*, Tesis París 1909.

(3) Ungar.—Ueber die Atelectase der Lungen Nauegeborener. *Vierteljahrsschrift für gerichtl. Med.* 1883.



Docimasia pulmonar hidrostática cuantitativa (DRES. PESIT)



los niños enfermos. No existen en la literatura amplias investigaciones a este respecto que permitan emitir un juicio definitivo sobre esta seroterapia.

Hay reunida gran masa de investigaciones sobre bacterioterapia. Varios autores, Sanders, Zaborski, Graham y otros, han tratado niños por el método de Wright por medio de una vacuna preparada con el bacilo Bordet-Gengou.

En una epidemia en Túnez, trataron, Nicolle y Conor, 104 niños con cultivos muertos, obteniendo curaciones en 37, mejoría en 40 y ninguna modificación en 27. M. Biehler, últimamente, ha empleado también culturas muertas por el calor, habiendo inyectado 100.000.000 de bacterias por vía subcutánea. De 28 niños tratados hubo 19 curados y 9 mejorados. Biehler describe una disminución de los accesos ya desde la segunda inyección. Estos favorables resultados me inspiraron un trabajo que bajo mi dirección realizaron en Viena Menschikoff y Baecher. En el año 1912 prepararon estos autores una vacuna constituida por bacilos muertos de Bordet-Gengou, tratando con ella niños en la tercera y cuarta semana de la enfermedad. Los resultados fueron absolutamente negativos, como fué comunicado por el director del hospital, doctor Pospischil. La mayoría de los casos debieron permanecer en el hospital diez semanas, sufriendos recaídas de su tos convulsa.

Estas investigaciones comprobadas por mí mismo y el hecho de no estar completamente aclarada la etiología de la enfermedad, me indujeron a buscar otra terapéutica.

NUEVO TRATAMIENTO

He considerado posible que el bacilo de Bordet-Gengou tuviese sólo una importancia secundaria, tal como el bacilo de la influenza en el sarampión, o el estreptococo en la escarlatina.

De aquí concebí la idea de que el agente específico de la tos convulsa fuese posiblemente un virus filtrable o algún otro microbio. En virtud de este modo de pensar era posible aún intentar mi nuevo procedimiento terapéutico que a continuación expongo:

En investigaciones hechas anteriormente con el doctor S. Mazza, pude demostrar que las culturas muertas de bacilo coli ejercían cierta influencia en el curso de algunas enfermedades infecciosas, como, por ejemplo, en las septicemias y en el tifus abdominal. En nuestro primer trabajo hemos pensado que no debía ser el mismo bacilo el principio activo, sino ciertos cuerpos albuminoides, tales como las albumosas. Luedke comprobó el hecho también de que las albumosas producen los mismos efectos obtenidos por nosotros con los bacilos muertos. En unión con los doctores Penna y Bonorino Cuenca, formo parte de la comisión de estudios sobre

las enfermedades infecciosas instituída en el hospital Muñiz, habiendo deducido de nuestras investigaciones que aun los extractos de bacterias coli producen análogos resultados. Parece ser, entonces, que diferentes cuerpos albuminoides aparte de toda especificación, deben tener influencia en el curso de las enfermedades infecciosas. Del conjunto de estas comprobaciones y de la hipótesis que el agente de la tos convulsa fuera un microbio desconocido no cultivado, me llevaron a buscar en el esputo mismo de los enfermos el medio para su tratamiento.

Con tal fin, recogí el esputo de los coqueluchosos en el período de la enfermedad más reciente posible, con las mayores precauciones de asepsia. Después de comprobar la ausencia del bacilo de la tuberculosis, fué tratado dicho esputo en modo análogo al empleado para las vacunas bacterianas. El esputo es lavado y luego adicionado de éter, puesto en frascos y agitado a máquina durante tres o cuatro días. Después de esto, se hace evaporar el éter, y el esputo homogeneizado se somete a pruebas de esterilidad, en medios nutritivos y en el cuerpo animal. Finalmente, se distribuye en ampollas de 1 c. c. Con esta preparación son inyectados los niños por vía subcutánea, repitiéndose la inyección cada tres o cuatro días. Este método ha sido estudiado en tres hospitales: Muñiz, de Niños y Casa de Expósitos.

RESULTADO

Puedo manifestar de un modo general que a juicio de los clínicos, el medio es ante todo absolutamente inocuo; no produce ninguna reacción local y en los casos tratados en distintos períodos de la enfermedad, modifican sensiblemente el cuadro clínico, a la segunda o tercera inyección, lo que se traduce en la disminución del número de accesos y de las quintas de estos, al propio tiempo que el carácter general de las mismas queda modificado. Cuando existen vómitos, estos van desapareciendo poco a poco hasta su total extinción. Con la continuación del tratamiento, los casos se modifican de tal modo que sólo presentan una tos de naturaleza catarral simple; en algunos casos, después de 10 a 14 días de tratamiento, desaparece también la tos catarral.

Las investigaciones terapéuticas han sido realizadas en los hospitales ya mencionados, con independencia los unos de los otros, y el juicio de los clínicos que las han seguido es unánime de que este medio terapéutico constituye un tratamiento superior a cualquier otro tratamiento medicamentoso.

En cuanto a su mecanismo de acción, no puede, naturalmente, explicarse ahora, pero se requieren nuevas investigaciones. Las observaciones que he podido realizar, especialmente las que se refieren a la modificación del cuadro sintomatoló-

gico, ya a la segunda inyección hacen concebir la idea de que este preparado quizás encierre substancias curativas, antitoxinas, o, tal vez, las supuestas albumosas.

Es lógico pensar que se necesitan nuevas investigaciones, con las cuales se procure aislar del esputo cuerpos puros que posean la acción curativa descubierta en el conjunto de éste. Se necesita también aislar las distintas especies bactericas presentes en el mismo, y con ellas estudiar la acción de su respectiva vacuna. Al mismo tiempo se requiere practicar investigaciones con los filtrados, y establecer si la acción curativa corresponde a los bacterios o al filtrado privado de los mismos. Hoy por hoy, puedo adelantar que el bacilo de Bordet-Gengou no guarda probablemente relación con este tratamiento. Sabemos, por investigaciones fundamentales de diferentes autores, que el bacilo de Bordet-Gengou sólo se halla presente en el esputo en los comienzos de la enfermedad. Así, en estos últimos años, Jakobsohn y Meyer confirmaron que después de tres semanas de enfermedad no es posible obtener culturas puras. Nosotros hemos empleado esputos de los últimos períodos, cuando ya no está presente el bacilo de Bordet, y comprobamos, sin embargo, efectos curativos.

Por otra parte, hemos influenciado favorablemente no sólo los casos recientes, si que también aquellos que contaban más de seis semanas de enfermedad, y en los cuales las investigaciones hechas no comprueban el bacilo de Bordet. Sobre este particular no puedo emitir una opinión más amplia hasta tanto no se realicen nuevas investigaciones.

Se han iniciado también investigaciones con este medio respecto a su acción profiláctica, buscando efectos inmunizatorios. Las pocas investigaciones realizadas hasta aquí parecen demostrar que las ejercen. Estas investigaciones deben naturalmente ser hechas en gran escala para saber si en la tos convulsa es aplicable una profilaxis como la seroprofilaxia de la difteria.

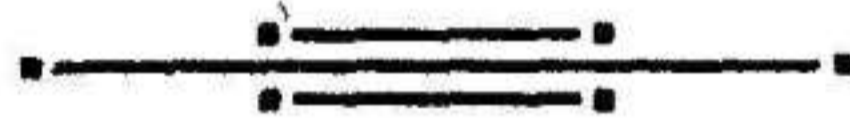
Pero no solamente del punto especial de la tos convulsa es que estas investigaciones nos interesan, sino también por otras cuestiones que se le relacionan. No sería imposible que por esta vía lográsemos nuevos medios curativos.

En el año 1905, yo he publicado en la «Wiener Klinischen Wochenschrift» en colaboración con Spitzer, investigaciones relativas al tratamiento de los sifilíticos por medio del extracto de órganos de esta clase de enfermos. Así seguía yo el camino trazado anteriormente por Jenner y Pasteur. Allí donde no es posible obtener un cultivo, utilizamos órganos con el agente de la enfermedad, para preparar una vacuna. Más tarde pude demostrar en un trabajo, que las médulas con poliomielitis de monos infectados, podían quizás ser empleadas con fin curativo (Zeitschrift fuer Immunitaetsforschung, 9, Band 1911). A este respecto, he iniciado también investigaciones en el hombre, en colaboración Schick, en la clínica de Escherich, que, por

otra parte, no se han terminado. También en el tracoma, he iniciado análogas investigaciones en la clínica de Fuchs, en Viena, con el Dr. Tettsch, que hoy el doctor Mazza ha nuevamente iniciado.

De lo observado para con la tos convulsa, no sería imposible que también en el sarampión, escarlatina y otras enfermedades infecciosas, tuviese efecto esa clase de medio curativo.

El hecho es que con el método de tratamiento indicado se ha llegado a obtener un medio curativo para la tos convulsa mejor que ningún otro medio medicamentoso usado hasta el presente. Si llegamos de este modo a conseguir también la profilaxis y a evitar las complicaciones, habremos realizado un progreso en una lucha contra la mortalidad infantil.



El esguince de la articulación tibio-tarsiana

Por el Dr. DECREF, Madrid

Las obras de Patología y clínica dedican muy poca literatura a lesiones como la que es hoy objeto de este trabajo, sin duda por creerlas de poca importancia y sin embargo, en la práctica diaria de cada médico la tienen extraordinaria. A veces un traumatismo tan sencillo en apariencia constituye el descrédito de un cirujano que por darle poca importancia en los comienzos creyendo que era ese poco problema para él, se encuentra más tarde con graves complicaciones a veces irremediables.

El esguince es una lesión articular que tiene por causa un movimiento forzado no habitual. Este movimiento es forzado, siempre que pasa los límites de la movilidad normal siendo estos muy variables; así los que en un individuo pueden ser movimientos exagerados con arreglo a la habitual extensión adquirida por el uso de sus articulaciones, para otro no lo son por tener sus articulaciones habituadas a exagerar la amplitud de función y desarrollo de elementos anatómicos suficientes para que así sea.

El relajamiento ligamentoso congénito o adquirido, o una laxitud articular debida a una insuficiencia muscular son también causas que hacen variar la intensidad de la lesión haciendo variar así mismo el pronóstico y el tratamiento.

También influyen en este sentido las actitudes viciosas, deformidades y deformaciones que dan al miembro una mala posición en la marcha.

A veces varios esguinces de poca intensidad van poniendo a la articulación en condiciones de sufrir uno más grave y generalmente si el médico investiga bien casi siempre encontrará este antecedente.

Existen tres órdenes de lesiones anatómicas en este esguince: lesiones articulares que comprenden las de la sinovial, ligamentos y óseas: peri-articulares que recaen sobre el tejido celular, músculos, tendones y vainas sinoviales y las de vasos y nervios.

La articulación tibio-perónea inferior es una artrodia con gran sujeción, constituida por un ligamento anterior, otro posterior y otro interóseo que antes que ceder permite la fractura de los huesos de manera que jamás toma parte en estos esguinces como no sea de un modo indirecto para influir en la manera de fracturarse los

huesos o por propagación puesto que su sinovial está constituida por una prolongación de la de la articulación tibio-peróneo-tarsiana siendo esta la que debe ser objeto principal de nuestro estudio. Esta articulación es de las llamadas trocleares y está constituida por las extremidades inferiores de la tibia y el peroné que forman una mortaja donde encaja la cara articular superior del astrágalo que es de forma convexa en el sentido ántero-posterior y cóncava en el transversal.

Los medios de unión son: una cápsula fibrosa en forma de manguito que envuelve toda la articulación fuerte en sus caras anterior y posterior y mucho más débil en sus caras laterales, sin duda por ser menos necesaria su resistencia en estas dos caras, gracias a los dos ligamentos uno lateral externo y otro lateral interno. Este es fuerte y compuesto de dos capas, una superficial y otra profunda que se insertan sobre todo en el borde inferior del maleolo interno y en la cara interna del astrágalo y alcanza hasta la cara superior del escafóides y otro externo que se compone de un fascículo anterior que va desde el borde inferior del maleolo externo a la cara externa del astrágalo, otro posterior que va desde la parte posterior interna del borde del maleolo externo a la cara posterior del astrágalo inmediatamente por debajo de la polea de este hueso y otro medio que se llama también peróneo-calcáneo que baja oblicuamente abajo y atrás desde la extremidad inferior del peroné hasta la cara externa del calcáneo.

Como se comprende fácilmente por esta disposición, esta articulación tiene los movimientos fundamentales de flexión y extensión muy amplios como todas las trocleares pero los de adducción y abducción muy limitados, verificándose los esguinces casi siempre en este sentido y siendo los ligamentos laterales los que más sufren.

Estos ligamentos son tan fuertes y su inserción tan resistente que cuando la tracción pasa de ciertos límites, arrancan los vértices de los maleolos antes que romperse, produciendo una de las más graves y trascendentales complicaciones para el porvenir si pasa desapercibida y no se trata como es debido a su tiempo.

Las relaciones que esta articulación tiene con los tendones del tibial posterior, flexor común de los dedos, flexor del dedo gordo y los peróneos sobre todo, hacen que el esguince de ella determine lesiones musculares de importancia dando síntomas que se han de tener muy en cuenta para establecer el pronóstico y el tratamiento.

En efecto los dolores e inflamación se extienden a lo largo de las vainas de estos tendones por la pierna e imposibilitan la función articular de una manera extraordinaria. Los equimosis son extensos subiendo a veces hasta la altura de la rodilla y muy acentuados en las regiones laterales del pié si hay fractura de los maleolos. Cuando esto ocurre existe a la presión un dolor agudo en los vértices de

uno de los maleolos pues es muy excepcional que sean los dos los fracturados y si sólo uno de ellos el del lado de la extensión, encontrándose los tejidos del lado de la flexión anormal lateral magullados y dolorosos pero con un dolor difuso que se extiende hacia el pié y la pierna sin acusar el punto de dolor agudísimo que da la fractura. La crepitación en este caso es difícil percibirla y se hace necesario acudir a la radiografía para hacer el diagnóstico completo y exacto.

En las radiografías que acompañan a este trabajo pueden observarse con gran claridad las lesiones óseas del esguince de esta articulación. La fig. 1.^a es una fractura de la punta del maleolo externo, originada por un esguince que obligó al pié a ejecutar una adducción forzada. La fig. 2.^a es una fractura de la punta del maleolo interno producida por un esguince de un modo mismo completamente contrario al anterior.

Es muy raro que haya casos de arrancamiento de ambos maleolos pero existen, ocurriendo que primero se esguinza el pié en un sentido y al querer reaccionar se esguinza en el sentido contrario con tal violencia que se originan las lesiones dichas, en los dos maleolos.

Existen también casos en que el esguince es tan violento que al producirse una fractura de la extremidad inferior del peroné que es el hueso más frágil en esta articulación, la adducción es tan violenta que la cara interna del astrágalo apalanca sobre el maleolo interno y lo parte en la forma que se ve en la fig. 3.^a que es una radiografía de un lesionado que se produjo el esguince al caer de una gran altura produciéndose ya una verdadera fractura bimalleolar.

El esguince de esta articulación produce dolores muy vivos efecto de la rotura de filetes nerviosos subcutáneos. La inflamación es muy considerable produciéndose a veces al mismo tiempo que las rasgaduras de ligamentos, verdaderas hernias de la sinovial. Esta inflamación se extiende siempre hasta la articulación del astrágalo con el escafóides cuando la distensión es de la parte interna, pues hemos visto que hasta allí llega el ligamento interno, borrando dicha inflamación los límites del maleolo en todo su contorno. Cuando el esguince es por adducción forzada que es lo más frecuente, entonces son los fascículos del ligamento externo los que acusan la mayor inflamación y el mayor dolor. Si hay arrancamiento de la inserción del ligamento en el vértice del maleolo se apreciará en ese sitio un punto de dolor mucho más intenso. Si la fractura del maleolo es más alta podrá apreciarse bien la crepitación y el dolor al apalancar el fragmento inferior para intentar separarlo.

También los músculos de la pierna sufren a veces roturas fibrilares que originan equimosis y dolores muy lejos del sitio del esguince, así es que estos equimosis no pueden servir de guía como síntoma de fractura por lo que se debe acudir a

la radiografía, como hemos dicho. Uno de los músculos que más sufren es el tibial anterior y su tendón es acometido de una teno-sinovitis de importancia.

Muchas veces se asocia a esta lesión el esguince medio-tarsiano y hasta acompañar a este cuadro el de alguna fractura de metatarsiano por lo que se hace necesario una exploración muy detenida de todo el pie. Del diagnóstico exacto de las lesiones depende el distinto tratamiento que hay que emplear. Si existe fractura evidente de la punta de uno de los maleolos, se puede emplear desde luego el amasamiento, siempre con vapor por mi procedimiento y hecho en condiciones de aplicación lógica y práctica. El descrédito de este procedimiento está en que ni aún los médicos suelen haberlo estudiado bien y por lo tanto es contraproducente su aplicación en estas condiciones y más vale no hacerlo si ha de ser un empírico el que lo haga que ni idea tiene de estas cosas (1).

Bien hecho el amasamiento húmedo se verá desde la primera sesión disminuir el dolor y la inflamación. Si la fractura es sólo de la punta de un maleolo, se procederá a colocar una bota de escayola que sostenga el pie en flexión en ángulo recto. Una vez seca se abrirá para poderla quitar todos los días con objeto de hacer la sesión diaria de amasamiento con vapor y movilizar con cuidado la articulación en el sentido de la flexión y extensión volviendo a colocar en cuanto se termine un vendaje bien puesto, cosa que también va siendo difícil hoy ya verlo hacer y encima la bota de escayola teniendo la pierna en posición horizontal, más elevado el pie que la cadera hasta el día siguiente que se repite la misma operación.

Si la fractura es más alta ó es bimalleolar entonces será necesario hacer la reducción y coaptación de los fragmentos a los dos o tres días del accidente y colocar durante ocho o diez un apósito inamovible escayolado y al undécimo día se emplea el mismo procedimiento que hemos expuesto en el caso anterior.

Si no existe fractura, sólo con el amasamiento con vapor y la colocación de un vendaje bien puesto y tener la pierna en posición horizontal con el pie apoyado en una almohada superpuesta a un plano duro con objeto de que el pie se sostenga en ángulo recto con la pierna, bastará para que todos los síntomas descendan en dos o tres días de una manera extraordinaria. A los 4 o 5 ya podremos intentar los movimientos pasivos sin dolor alguno y luego a los pocos días si se dispone de máquinas de mecanoterapia se pueden cultivar los movimientos activos sin gravitación. De esta forma por muy grandes y extensas que hayan sido las lesiones en 20 días lo más tarde se curan y el individuo puede empezar a andar sin que le aquejen las más mínimas molestias. De no curarse así estas lesiones, los restos de exudados organizados en las sinoviales articulares y tendinosas engrosando su superficie, las rotu-

(1) Kinesiterapia: Manual de Técnica de amasamiento y Gimnasia Médica y sus aplicaciones a las enfermedades del aparato locomotor. Por el Dr. Decref. Adrián Romeo, Editor, Madrid 1914.

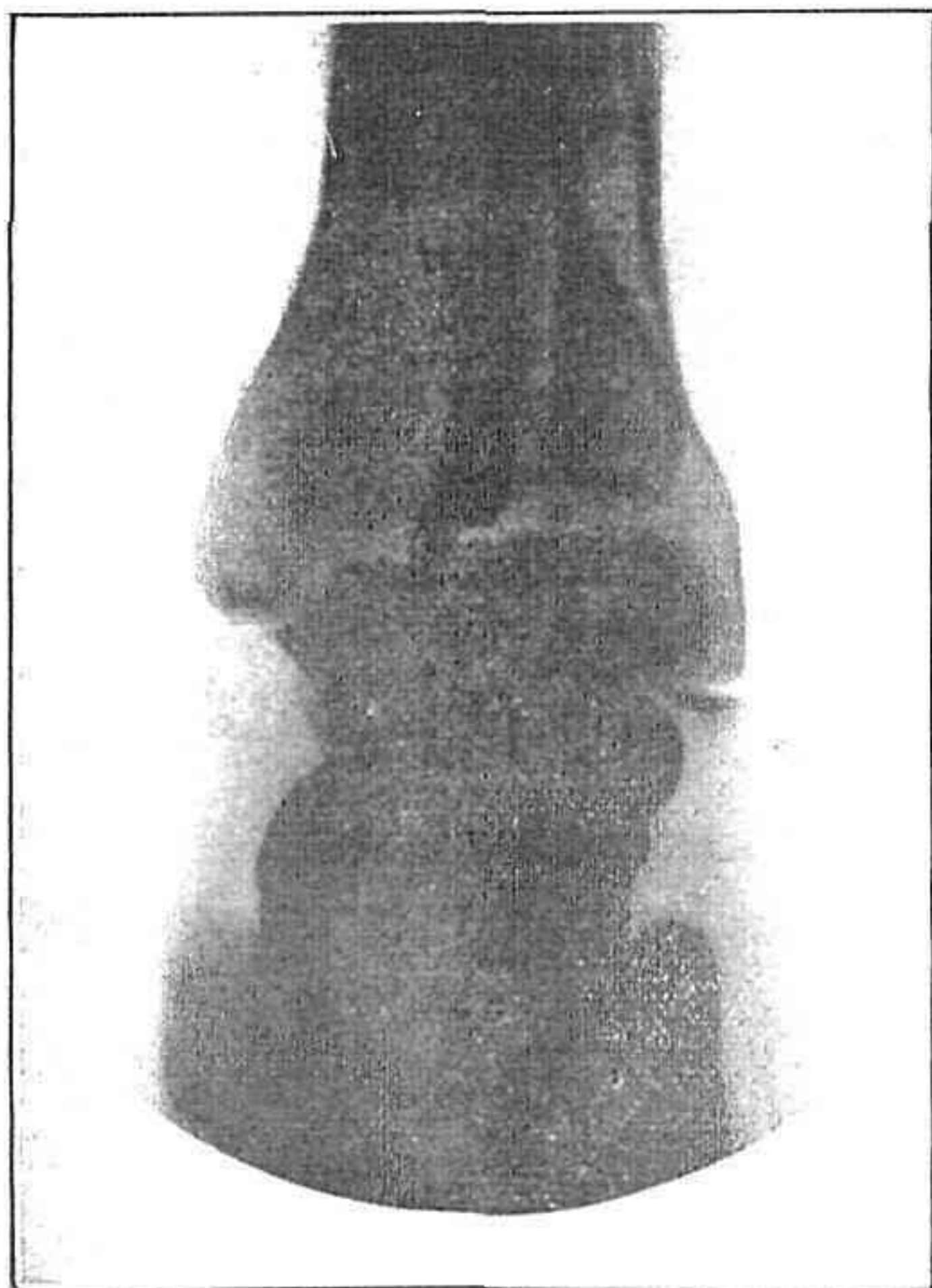


Fig. 1.ª

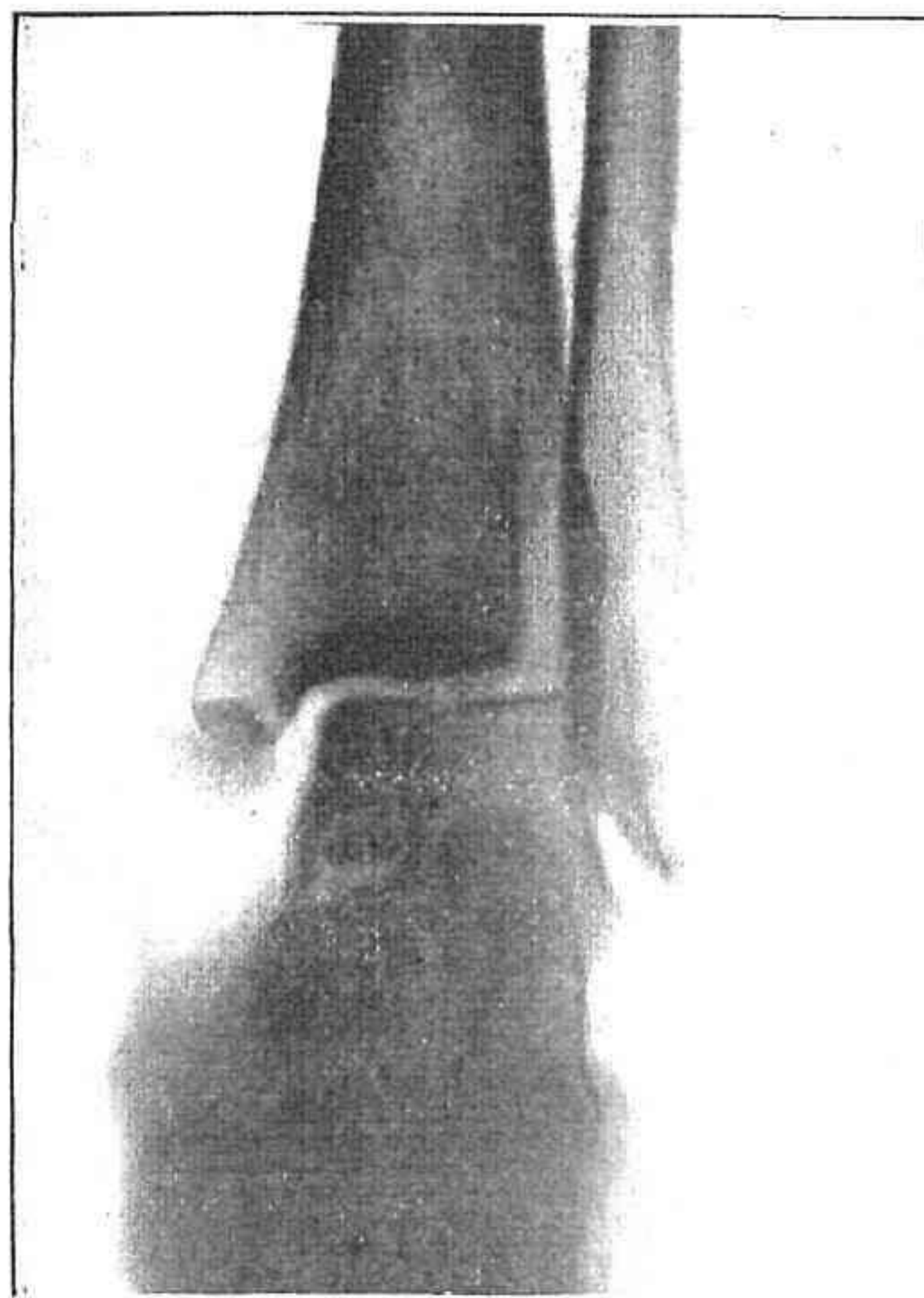


Fig. 2.ª

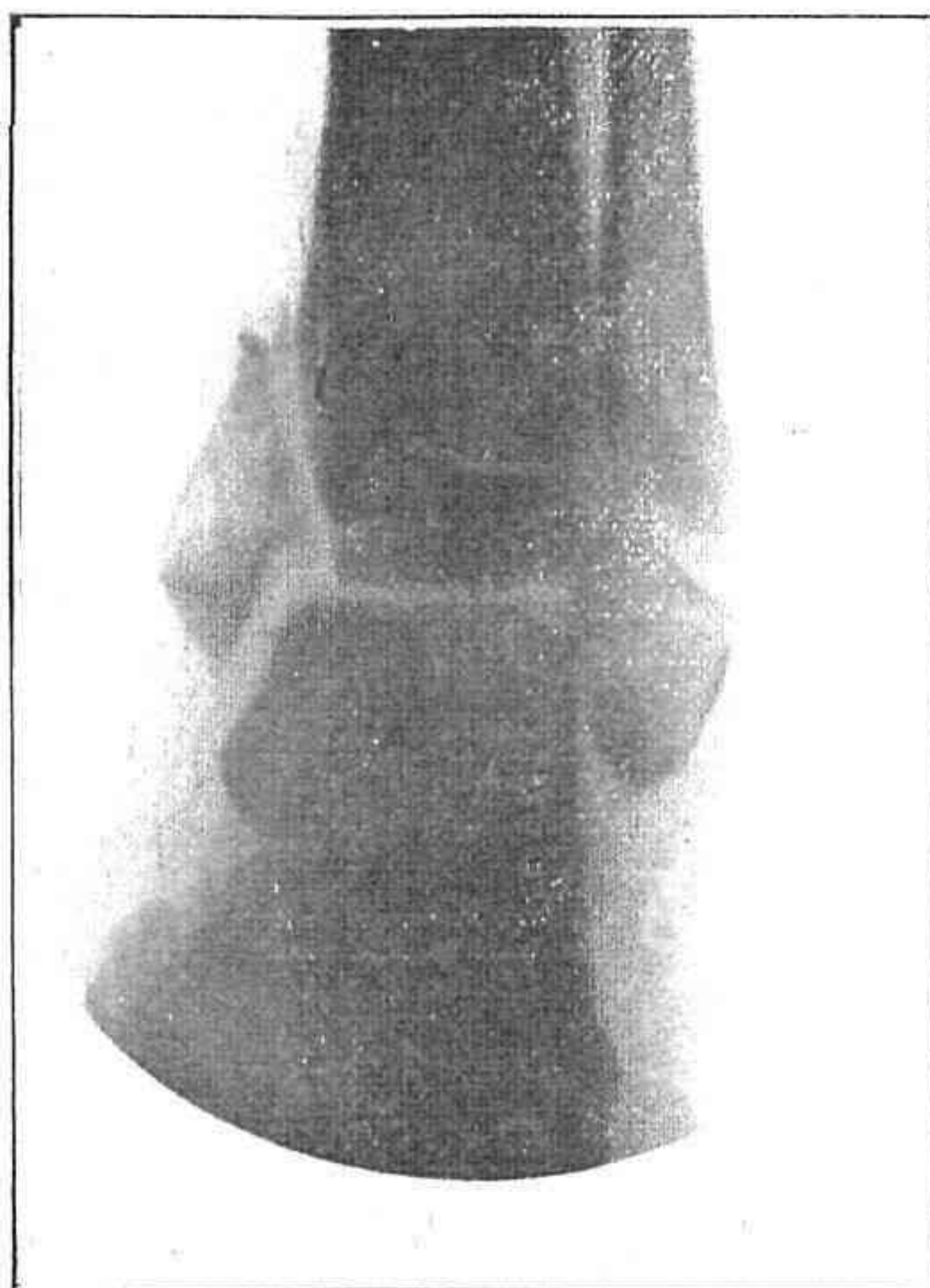


Fig. 5.ª

El esguince de la articulación tibio-tarsiana (DR. DECREF)



ras fibrilares musculares mal cicatrizadas y callos de fracturas mal consolidados o abultados y deformes por una defectuosa coaptación o inmovilidad, determinen rigideces articulares, dolores y trastornos de circulación que son muchos más graves mientras más avanzada es la edad del lesionado y que persisten meses y años sin aliviarse y que aún cuando se alivien nunca permiten una restitución íntegra de la función articular. Existe además un peligro para la mecánica del pie. Tal es las deformidades consecutivas a la relajación y atrofia de tejidos que integran la articulación y que por lo tanto modifican la posición de los huesos del pie bóveda sobre la cual descansa todo el peso del cuerpo. Así es que deberán prevenirse con tratamientos apropiados los pies valgus varus y planos traumáticos que determinarían después trastornos de gravitación y adaptación mecánica irreparables sobre todo en ciertas edades.

Diciembre, 20, 915



NOTA CLÍNICA

Flebitis puerperal tratada con el jugo hepático

POR

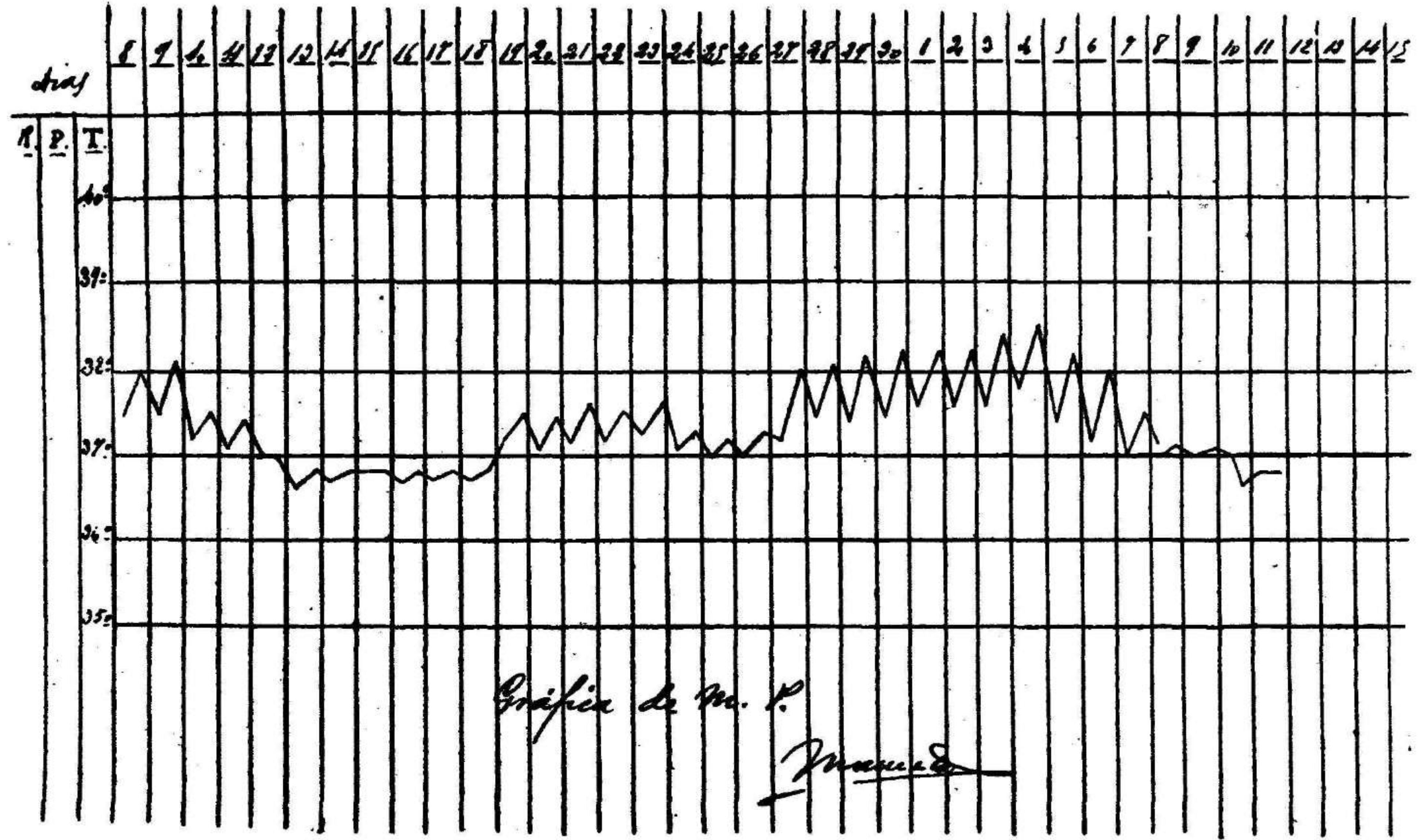
D. Miguel Ballesta

El caso, objeto de esta nota clínica, no tiene nada de raro; es un caso vulgar de flebitis puerperal, que me deciden a publicarlo, la frecuencia con que pasan inadvertidos, el resultado feliz del tratamiento por las hepatinas, según indicaciones aprendidas del eminente Dr. González Aguilar en sus amenas charlas veraniegas, y el ruego de uno de los queridos Directores de esta Revista, señor Guillamón, a quien siempre estoy propicio a complacer.

Por aquella vulgaridad de este proceso flebítico seré breve en la descripción clínica, apuntando sólo aquellos síntomas e incidentes que estime pertinentes a mi objeto.

El día cinco de Noviembre último, *M. P.* primípara, de 24 años de edad, bien constituida y sin ningún antecedente digno de mención, dió a luz un feto a término, muerto, en presentación de vértice. El trabajo del parto duró como unas doce horas. Pasadas tres sin que se realizará el alumbramiento, *apesar de las tracciones del cordón*, que se desgarró a nivel de su inserción en la placenta, la partera, *agotados* sus recursos, reclamó los auxilios del médico, el que apreció engatillamiento de la placenta por espasmo tetaniforme de orificio de neoformación, que apenas permitía el paso de un dedo de la mano, y con el que se extrajeron los anejos fetales en trozos y en varias tentativas, hechas con la antisepsia usual en las localidades rurales y en familias de posición humilde. Por estas maniobras quedó instituído el tratamiento local antiséptico por el agua esterilizada, reposo y dieta láctea. Al día siguiente había retención urinaria, por lo que se la estuvo sondando los ocho o diez días que duró la retención.

Al tercer día de este alumbramiento artificial, secreción loquial escasa y fétida, el cuello del útero con múltiples desgarros y cubierto de sero-pus y substancias



Gráfica de No. P.
[Signature]

membraniformes grisáceas, que invadían también los traumatismos de la vagina y periné; temperatura 37° 5 m. y 38° t., puls. 108. Desde este día se principiaron a practicar dos lavados al día, intrauterinos con agua sublimada al 1 por 1000, tintura de iodo tópicamente, continuando los lavados vaginales de cuatro en cuatro horas. Como se ve por la gráfica adjunta el descenso de la temperatura no se hizo esperar mucho, hasta llegar a la apirexia, durante cuyo período se suspendieron los lavados intrauterinos, pues el estado excelente de la superficie genital, los hacía innecesarios. La enferma, sintiéndose completamente bien, pedía con insistencia levantarse y comer, lo que no se le permitió.

Al décimo cuarto día del parto vuelve la temperatura a elevarse, sin que podamos encontrar la localización a este proceso puerperal. La enferma sólo reclamaba abandonar el lecho, al que achacaba el malestar ligero que sentía. Mi conducta limitóse a una expectación inactiva, hasta que, llegando la temperatura a los 38°, me decidí por hacer exploraciones que me permitieran encontrar la causa de esta elevación térmica. Y venciendo *el horror al desnudo* que estas enfermas muestran por un pudor mal entendido y por otras causas (también mal entendidas por estas gentes), pude conseguir que se despojara de calzones y medias y con ello saber y apreciar: el tobillo derecho aumentado de volumen, sin alteración de color, ligero dolor provocado en este sitio y en la ingle correspondiente; que todo esto lo venía ella sintiendo desde hace varios días, que de ello no se me había quejado porque las molestias fueron llevaderas y por creerlo debido a la permanencia en cama; que más le molestaba desde la noche anterior (vigésimo segundo del parto) la pierna izquierda, visiblemente más voluminosa que la derecha, de un blanco mate, sólo dolorosa a la presión la masa muscular de la pantorrilla, parte central de la corva y tercio inferior de la cara interna del muslo, los movimientos de esta extremidad eran perezosos, y dolientes en esos puntos y en la ingle correspondiente.

En el centro circulario no encontré nada y el pulso, fuera del primer día que se elevó a 108, osciló durante todo el proceso entre 72 y 92 puls., siendo siempre igual, regular y duro. Ni el examen clínico de los demás aparatos ni las sensaciones de la enferma permitían pensar en otra cosa que en la *flebitis puerperal*, en esas flebitis muy limitadas y poco dolorosas que por adoptar forma insidiosa y en enfermas muy sufridas, como la que nos ocupa, pasan ignoradas para los que no nos hemos preocupado de más flebitis que de la grande, *la flegmasía alba dolens*, descrita en los tratados clásicos. Si esta flebitis hubiera quedado localizada a la extremidad derecha, en donde apenas era *visible*, apesar de la febrícula que la denunciaba, es casi seguro que habría pasado desapercibida. Pero la extensión del proceso a la extremidad izquierda, con aumento correspondiente de la curva térmica, me llevó al descubrimiento de esta localización. Esta circunstancia y el recuerdo de

otros muchos casos más insidiosos, diagnosticados a *posteriori*, me hacen reconocer que estas *pequeñas* flebitis son los accidentes más frecuentes y, en muchos casos, más graves del puerperio.

El tratamiento empleado ha sido el del jugo hepático, en enemas, según preconizaba en esta misma Revista (véase el número de Octubre último) el eminente Dr. Aguilar.

Al quinto enema desapareció la fiebre. Sin ningún incidente siguió la mejoría de esta enferma, quien se encuentra en la actualidad dedicada a sus ocupaciones habituales con ligera claudicación, pues todavía se resiente al andar de la pierna izquierda, cuyo volumen, en la parte afectada, es mayor que el de la derecha.

El caso clínico que acabo de trazar a grandes rasgos se presta a muchas consideraciones; pero como el que suscribe no está en actitud de enseñar y sí de aprender, sólo desea brindarlo al estudio de los ilustrados lectores de esta Revista, principalmente en lo que se refiere al tratamiento por las hepatinas, y a la necesidad de pluralizar el concepto de las flebitis puerperales.

Alcantarilla 30 Enero 1916.



PRENSA PROFESIONAL

GINECOLOGÍA

Revista Valenciana de Ciencias Médicas
(Núm. 354.-Noviembre 1915)

LA TUBERCULOSIS GENITAL

POR EL

DR. D. ENRIQUE LÓPEZ SANCHO

Catedrático de Obstetricia y Ginecología en la Universidad de Valencia

Poca discusión han merecido en la Clínica oficial de esta Facultad de Medicina las tuberculosis externas de los genitales, exceptuando una enferma que presentaba una úlcera extensa que desde el vestíbulo vulvar comprendía grandes y pequeños labios en más de la mitad de su altura, y cuyo aspecto clínico y macroscópico no permitía un claro diagnóstico, pues si bien los matices distintos que el fondo de esta úlcera puede presentar cabe referirlos al epiteloma donde se observan variedades de coloración y sanies, en cambio su periferia es bastante típica en el neoplasma como base de la proliferación y parte más joven del tejido neoformado, siendo dura a la palpación y abrazando una zona extensa lo mismo en superficie que en espesor. La induración periférica de que hablamos y que no existe en la forma tuberculosa, donde los bordes pueden estar adelgazados, cortados a pico, de color rojo vinoso o sin alterarse la coloración de la piel como pudimos observar hace algún tiempo en otra enferma diagnosticada en el laboratorio de tuberculosa: faltaba en esta enferma, por lo menos para apreciarla clínicamente, y sin embargo el análisis histo-patológico fué decisivo, dictaminando «epiteloma». La marcha progresiva vascular linfática de estos epitelomas primitivos de la región clitoridea, se realiza singularmente hacia los linfáticos de los cuerpos cavernosos, y esto hace

sin duda que la induración superficial se halle compensada por la más profunda, que busca las ramas isqui-pubianas y que fácilmente escapa a nuestra exploración. Y ésta debe ser la principal vía de propagación, porque las reproducciones en este punto se observan, y todos los ginecólogos aconsejan en la actualidad procedimientos operatorios encaminados a seguir anatómicamente el cuerpo cavernoso del clítoris, para aumentar las garantías de su curación radical.

Las formas tuberculosas de los genitales profundos, son demasiado frecuentes para omitirlas. La forma predominante, casi la única que inicia el proceso, es la salpingea, que solicita con sus toxinas la reacción de los órganos inmediatos, confundiendo muy pronto sus lesiones con las del ovario, para constituir la salpingo-ovaritis tuberculosa. Es, sí, la lesión inicial, pero no siempre la primitiva, pues hemos operado buen número de enfermas con lesiones tuberculosas peritoneales más antiguas y diseminadas que las genitales, debiendo entonces considerar la tuberculosis óforo-salpingiana, como una radiación y por lo tanto forma secundaria del proceso. La distinción clínica es casi siempre difícil cuando hay tubérculos peritoneales, y sólo cuando abierto el abdomen presenta el peritoneo la granulación miliar, o cuando focos aislados, casi siempre gruesos y caseosos, se encuentran en regiones distantes, es cuando hacemos el diagnóstico en forma secundaria del ingerto tuberculoso. Y no se crea que descuidamos este diagnóstico de las lesiones peritoneales más o menos generalizadas, pues en el porvenir de la enferma representan siempre el constante peligro de la fatal evolución caseosa, mientras que en las formas primitivas y aisladas sólo lucha el ginecólogo con una lesión que puede ser extirpada en totalidad. Bien es verdad que quedará el terreno con apetencia morbosa como en todo tuberculoso ocurre; pero matamos la lesión e impedimos su propagación. La discusión de las indicaciones operatorias en las tuberculosis profundas de los genitales, no puede ser eterna; pero si el acuerdo no es todavía unánime, depende del tuberculoso y no del pequeño folículo, pues las recidivas, las manifestaciones secundarias múltiples y con mayor razón las explosiones tuberculosas post-operatorias, ha sido objeto de la división entre los cirujanos, cuyo concepto individualista no es bastante firme para convencer, ni lo bastante seguro para aceptar. En el hueso, hay siempre una atmósfera de defensa que ahoga el bacilo impidiendo su diseminación, y por eso el reposo y el sol pueden determinar su curación; ¿pero si nosotros pudiéramos tratar los focos pulmonares directamente, destruyendo el folículo con nuestras manos. esperaríamos del tratamiento indirecto las promesas que nunca llegan, cuando la defensa del tejido ambiente se convierte en nueva lesión? La osteitis de condensación peri-tuberculosa se encuentra aquí sustituida por la neumonía y la infección; aquellas congestiones perifímicas del principio son el abono para la neumonía séptica, y claro está que nos contentamos con

la medicina porque no podemos aplicar la cirugía, a pesar de todos los intentos realizados.

La tuberculosis de los anexos de la mujer suscita fenómenos reaccionales en el peritoneo, exagerados en la capa peritoneal, alcanzando muchas veces al parametrio; pero la defensa que prestan en forma de adherencias, primero fibrinosas y luego densas y fibrosas, no son obstáculo para la invasión, son cordones sanitarios que se rompen fácilmente en esta atmósfera peritoneal, o que fácilmente pueden burlarse, escapando por otras vías que las amplias comunicaciones linfáticas siempre permiten. Si estos exudados membranosos del peritoneo donde radica el tubérculo, mereciesen la categoría defensiva del tejido esclerógeno en el hueso, bien sería que coadyuváramos a su formación respetando las lesiones por todos los medios que la ciencia moderna es capaz de suministrar; pero mientras veamos caseum en el espesor de esa ganga mal llamada defensiva, que brota al rasgarla con los dedos como de las celdillas de una esponja, no podemos asignarles el carácter bienhechor con todos sus respetos, sino al contrario, el carácter invasor con todas sus consecuencias. La tuberculosis peritoneal parte infinidad de veces de la forma primitiva salpingiana; esto es por lo menos lo que en mi corta práctica he podido observar, encontrando casi siempre el peritoneo pelviano sembrado de granulaciones que se extienden a distancia, y algunas otras, verdaderos chispazos tuberculosos en regiones altas de la cavidad, separadas de los focos pelvianos.

La lógica de los hechos en la marcha del proceso genital tuberculoso, nos incita a obrar pronto y enérgicamente para evitar la difusión; las partes primeramente atacadas, pueden sin gran peligro extirparse. ¿Por qué, pues, no admiten todos los ginecólogos la fórmula sintética de la extirpación? Por los fracasos y por las generalizaciones. Los fracasos, porque se opera tarde y no puede hacerse una extirpación correcta; y las generalizaciones, porque se opera en terreno muy receptivo. La primera condición es fácil de conocer, aunque difícil de llenar; pero la segunda depende de condiciones orgánicas ocultas, que no son bastante a dilucidar los antecedentes y la marcha de la fiebre y el conjunto de condiciones generales. Preguntemos ahora a los partidarios de la espectación si estas lesiones no se generalizan nunca espontáneamente, y después que contesten con la afirmación, vemos si lo hacen con más frecuencia que en lo operados, y obtendremos segunda afirmación. Que el traumatismo ha sido el incentivo para la granulia por la vehemencia de su expansión, no cabe duda alguna en algunos casos, pocos por fortuna; pero ¿no será este el terreno de las generalizaciones sin operación?

Si se considera el perjuicio operatorio fundado exclusivamente en las explosiones rápidas, débese confesar que el acto operatorio ha puesto de manifiesto un excelente medio orgánico para el bacilo de Koch que hubiera recorrido el mismo.

camino empleando mayor tiempo; y esto no ha de ser argumento decisivo, para esperar del tratamiento médico, tan ineficaz en la región genital profunda de la mujer, todas las bondades que pudiera prometer, perdiendo un tiempo precioso que permite extirpar el foco en una región donde las defensas son puramente ilusión.

La fiebre alta, como determinación hipertóxica; las deplorables condiciones generales y los antecedentes hereditarios, nos ponen en camino de presentir el peligro; pero en los demás casos de diagnóstico positivo, que dicho sea de paso, pocas veces puede establecerse de una manera precoz, debe plantearse en nuestro concepto la indicación operatoria extirpando totalmente el foco tuberculoso siempre que lo permita la extensión de sus lesiones.

El diagnóstico, siempre difícil en su principio, cimentado clínicamente en la existencia de la fiebre desarmónica con la lesión anexial, el conjunto de condiciones generales, antecedentes y reacción a la tuberculina, cuenta en mi sentir con otro medio que la tactación proporciona, mencionado en algunas obras modernas, pero no con la insistencia que merece. Me refiero a la existencia de tractus duros que rodean los anexos con irradiaciones caprichosas y que muchas veces asientan en el parametrio, ocultando los órganos y las lesiones más profundas. El límite limpio de las anexitis que hemos estudiado en capítulos anteriores, no se observa jamás, y por otra parte, el empastamiento más o menos generalizado de las pelvi-peritonitis ordinarias, no puede confundirse con el irregular del tuberculoso, donde se encuentran cordones duros al lado de tejido sano, marcando la manera atípica de extenderse el proceso, como no puede ocurrir en las infecciones de rápida propagación.

Mucho mejor sería hacer el diagnóstico de salpingitis tuberculosa sin difusión; entonces el tratamiento sería inocente y radical, pero en afecciones crónicas de la mujer, no esperamos ver en nuestras clínicas el principio de la afección.

En el curso que acaba de espirar, hemos operado cuatro casos de tuberculosis, comprobada por medio de la extirpación y hemos cerrado el vientre en otras tres por encontrarnos con lesiones demasiado avanzadas, en las que era imposible aislar el foco genital. Los resultados son verdaderamente satisfactorios, pues aun en los casos de tuberculosis peritoneal, en que ha podido extirparse el foco inicial y principal, se obtienen curaciones si no inmediatas, en plazo no muy largo, con la ayuda del tratamiento médico, que sólo ha de actuar entonces sobre serosa peritoneal ya influenciada beneficiosamente por el acto operatorio.



Absceso retrofaríngeo vaciado en el bronquio izquierdo

Caso presentado a la Sociedad Ginecológica Española
en la sesión científica celebrada el día 10 de Noviembre de 1915, por el
DR. SARABIA Y PARDO

La presente historia clínica se refiere a un niño nacido a término, muy bien conformado, hijo de padres sanos y jóvenes, y que, tal vez por hábitos censurables de intervenir en la boca y faringe para la limpieza de las flemas que, al parecer, le impedían respirar bien, hubo manipulaciones no sé de qué forma por parte de los asistentes al parto. El hecho es que a los diez días de nacer, cuando fui llamado en consulta, el niño manifestaba un ruido inspiratorio, muy semejante al del estridor laríngeo congénito, pero que, lejos de ofrecer el aspecto clínico de esta deformidad, aumentaba la inquietud, la intensidad del ruido y el insomnio. Seguidamente la dificultad de mamar fué señalándose en cuatro días consecutivos a nuestra primera consulta.

La circunstancia de no ser muy frecuentes casos como el actual, no hizo pensar desde el primer momento en un *absceso retrofaríngeo*, pero por lo anteriormente expuesto, encaminamos la exploración al fondo de la boca, y en efecto, se notaba el abultamiento retrofaríngeo, aunque al parecer no de gran desarrollo, y en seguida se procedió a la preparación de lo necesario para la dilatación del absceso. Encargado de esta práctica un notable especialista, señaló para pocas horas después la práctica de la dilatación, y aquí la sorpresa y lo interesante del caso. Fui llamado rápidamente por la tarde, en vista de que el niño presentaba gravedad, que sus padres no sabían apreciar, y así era; el niño, en plena asfixia, presentaba una impermeabilidad absoluta a la entrada del aire en el pulmón izquierdo; exceso de

función en el derecho, no pudiendo, por sus débiles fuerzas, subvenir a esta función supletoria, y por otra parte, la taquicardia (160 pulsaciones) anunciaba, como sucedió, un colapso rápido y la muerte. Introducido el dedo en el fondo de la boca, se apreciaba la ausencia de la tumoración habida días anteriores y separación de la mucosa faríngea, acusando salida del pus del absceso, que indudablemente se abrió de modo espontáneo, y, por desgracia fué a caer en la laringe hasta el bronquio izquierdo, taponándole en su raíz y obstruyendo en absoluto su función.

Este es el hecho, de fatal fin, con origen de maniobras imprudentes que provocaron una infección local con sus consecuencias tan lamentables, pero de gran enseñanza para corregir prácticas peligrosas y enseñar, además, que en clínica pueden sorprenderse procesos de esta naturaleza en tan corta edad de la vida.

Fácilmente se pueden hacer consideraciones, fundadas en el caso actual, de escasa casuística, es cierto, pero de indudable diagnóstico.

En este caso alejamos la causa de absceso idiopático, ni metastásico, porque nada, en su corto historial, hacía pensar en ello, y solamente un traumatismo inconsciente fué su causa, porque, aun cuando por la relación de comunicación de la red linfática de la nariz, oído, etc., con el ganglio retrofaríngeo es evidente, aquí nada había de lesión en dichas regiones y órganos. Se trata de proceso patológico desarrollado en los primeros días de la vida y no hay que discurrir acerca de otras causas, ni aun por la angina motivo más frecuente como primitivo al acceso en tan corta edad.

Este absceso se hallaba, según la clasificación de Gillete, en la región faríngea, más en relación con la laringe y fácil acceso a ella al salir el pus, y seguramente por abertura, que fué espontánea, debía hallarse por encima de la aponeurosis prevertebral.

¿Es frecuente este proceso en niños de tan corta edad? La observación clínica demuestra que no, porque si bien a partir de los ocho o diez meses pueden las anginas, corizas, etc., determinar en su marcha infecciosa una propagación linfática hacia el ganglio prevertebral retrofaríngeo y dar lugar a la formación del clásico absceso, es indudable que en tan corta edad, como en el caso de mi observación, no es posible pensar en etiología semejante y sí en la provocada por agente directo externo en la forma que sospechamos en esta ocasión. Entra, pues, de lleno en las prácticas de Puericultura extrauterina, en la patología de la primera infancia cuanto a esto hace relación por lo muy especial e insólito que resulta.

Las advertencias clínicas deben tenerse presentes en todo momento para llenar un fin profiláctico y oportunamente una intervención eficaz.

Se presta a evitar la repetición de casos clínicos análogos al que motiva esta comunicación, el conocimiento de los peligros que corren los niños por ciertas prác-

tas de comadronas o de personas poco peritas en prestar los primeros cuidados al recién nacido.

No es desconocido para los clínicos el cuadro que ofrece la erisipela del ombligo hasta llegar a la muerte por septicemia, y cuya causa evidente es una infección inconscientemente provocada; se recuerda con verdadera pena, por ser evitable, la oftalmía purulenta del recién nacido, determinada por imprudencias en el manejo del niño en los primeros días de su nacimiento, y que tantos estragos hace, acusando en la estadística una desconsoladora cifra de ciegos por este motivo; y se observa, por fin, un número de infecciones cutáneas, aparte de las que son expresión de tareas hereditarias, todas las cuales dependen de ignorancia en los asistentes (no técnicos seguramente) al recién nacido.

En publicaciones, Academias y Congresos son discutidos en estos últimos tiempos los problemas de Puericultura, cuya iniciación más intensa y persistente ha tenido efecto en Francia, al estímulo de la necesidad de resolver el gran problema demográfico que tiene pendiente desde la mitad del siglo pasado.

Por esta razón, en el orden higiénico, aparecieron iniciativas de legislación por Marbau, Roussel, P. Strauss, Poissineau, Dufour, Pinard, Budin, Variot, Nobecourt, Marfan y otros, y, bien entendida esta necesidad, el Gobierno crea la cátedra de Higiene y de Clínica de la primera infancia, justamente otorgada al Dr. Marfan, muy significado en estos estudios por sus meritisimas publicaciones. En España varios han trabajado en este asunto, y en la actualidad la propaganda no cesa, singularmente por nuestro consocio el Dr. Martínez Cerecedo.

Dejando aparte cuestiones que se limitan solamente a la puericultura intrauterina, veamos como al nacer el feto exige la intervención científica, y, por lo tanto, de la dirección profiláctica, de procesos que pueden adquirirse y se adquieren por una insuficiente educación de comadronas y practicantes a cuyo cargo, con frecuencia, se hallan las primeras prácticas cerca del recién nacido.

La higiene infantil intra y extrauterina requiere, pues, gran conocimiento de los problemas que por sí entraña y que solamente el médico debe y puede científicamente aplicar, y por eso es sensible un fracaso por ineducación censurable y confianza extraordinaria en elementos auxiliares responsables de actos semejantes al descrito.

Bueno que la patología de la primera infancia tenga su capítulo inevitable en cuanto de él responden desvíos de la generación de su génesis hasta la normalidad del desarrollo, en el cual se observan todas las agenesias o hipergenesias de más o menos difícil corrección, que en otro orden de manifestaciones patológicas, las herencias morbosas determinan problemas de orden médico o quirúrgico que llegan al médico en virtud de la fatal herencia, y de las que él no es responsable;

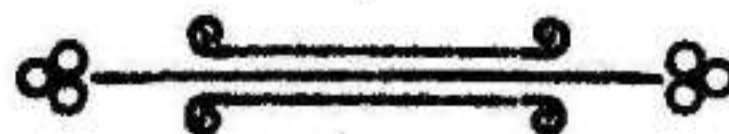
pero provocar en los comienzos de la vida lesiones o perturbaciones por ignorancia, en estos tiempos en que se prodiga la enseñanza tanto como se desaprovecha, es censurable por todos conceptos y tenemos la obligación de corregir por todos los medios.

Del conocimiento del caso clínico que acabo de relatar, tal vez surjan consideraciones prácticas para abordar el siempre palpitante problema médico y social que abarca la Puericultura, problema que en esta ocasión sólo se refiere a la extrauterina en su aspecto patológico, una de las fases que aún existen, porque la higiene en este asunto, si bien se conoce, se practica con censurable descuido a veces. Enseña además por sí sólo, en atención a la causa que le determinó, lo conveniente y necesario de recomendar a las comadronas y asistentes a partos, abstenerse de manipulación caprichosa en aberturas naturales, y solamente en el caso de tener que intervenir con más o menos urgencia, ha de hacerse, sometiendo su acción a la mayor escrupulosidad en las reglas de asepsia, que, por cierto, de puro sabida, está harto descuidada.

La exposición sencilla de este caso tiene su justificación en lo insólito del mismo, por lo menos para mí, que es el único observado en esta edad y en sus especiales condiciones.

Al dar cuenta de él he elegido esta Academia, en donde los más prácticos en Tocología tal vez hayan observado algo semejante y puedan ilustrar respecto de elementos de diagnóstico precoz para señalar la oportuna intervención y también dar a conocer bibliografía del asunto, porque yo ni la hallo en las diferentes publicaciones leídas ni recuerdo referencias análogas en los veinticinco años de vida profesional.

A vuestra acción queda la profilaxia de esta infección y de otras análogas y debéis mostraros inflexibles con los que os auxilian en la asistencia a los partos para que vuestra intervención resulte profiláctica de enfermedades de recién nacidos, tan expuestos a infecciones variadas y a procesos evitables, con una esmerada educación higiénica de nuestras comadronas y demás personal auxiliar.



ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

GÓLERA EPIDÉMICO Y SU PROFILAXIS

DISCURSO LEÍDO EN LA SESIÓN PÚBLICA INAUGURAL DEL DÍA 30 DE ENERO DE 1916

POR EL

Dr. D. Salvador Piquer Hernando

ACADÉMICO DE NÚMERO

ILUSTRÍSIMO SEÑOR:

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES:

La duda asalta mi espíritu al ocupar en estos momentos el sitial de donde tantas veces, por precepto reglamentario en el comienzo del curso, ha brotado elocuente la voz del Académico de turno; es esta la ocasión escogida por la Real Academia de Medicina para ponerse en contacto con el público mediante el desarrollo de un tema que siendo de interés social contribuya a la divulgación científica; fin laudable, fin eminentemente práctico, instructivo y educador que ha de contribuir al perfeccionamiento de la sociedad si por su esfuerzo se capacita de los peligros que la amenazan y de los medios que tiene a su alcance para la defensa: es necesario para conseguir los propósitos de la Academia que la elección del tema sea acertada, que encierre en sí un verdadero interés, que sea conocida su importancia, se sienta el imperio de su amenaza y se tema el triunfo de su tendencia maléfica; es preciso que la voz del Académico penetre en el auditorio poniendo de relieve los peligros y sepa mitigar con su palabra los temores irredentos, que lleve al alma colectiva el convencimiento del poder de que dispone la ciencia puesta al servicio de la humanidad y muestre al auditorio el magno panorama de la sociedad futura perfecta y sana: dudo de poder llenar el cometido que esta Corporación me exige al

inaugurar el curso actual y a vuestra benévola atención entrego el tema *Cólera epidémico y su profilaxis*.

Preocupa hoy en todos los ámbitos del globo esa guerra monstruo entre las naciones poderosas, que atentas al desarrollo de sus actividades en el tiempo futuro, se miraba en el pretérito recelosa y desconfiadamente, de manera, que el conflicto europeo parece estar descontado desde hace tiempo en los centros diplomáticos y su aparición sólo pendía del fulminante inicial de un disparo que lo pusiera sobre el tapete de la actualidad. Lanzados los hombres unos contra otros, con razón o sin ella, en esta hecatombe mundial, las consecuencias del desastre alcanzan a todos los órdenes de la actividad humana y por ende a los que en la pública salud pueden ser motivo de su alteración. Padecemos sinnúmeras enfermedades en todos los pueblos, aunque se hallen algunas de ellas relegadas a una estabilidad nefasta en ciertas regiones que las soportan como propias, pero no tan adheridas a su cuna, que no puedan permitirse el lujo de viajar por las restantes, donde parece fortificarse su maleficio arrastrando a la tumba innumerables víctimas sobre las causadas en cada localidad por las enfermedades comunes y propias del país invadido por el nuevo azote, que, como tal, flagela a sus habitantes.

De estas enfermedades epidémicas, acaso la más terrible, la que más víctimas ha causado en sus diversas epidemias por Europa, es el cólera morbo asiático que hoy amenaza con nueva invasión, ya que las circunstancias propicias a su desarrollo y difusión por los países donde no es endémico, le son al presente favorables.

En la India, el país privilegiado de la fantasía, donde los habitantes heredan de sus antepasados las leyendas que forjaron al calor de poderosa inspiración, donde los libros religiosos revelan las costumbres milenarias que treinta siglos antes de la Era cristiana practicaban sus sacerdotes, donde la idea de lo espiritual domina sobre la limitación de la materia y donde las mortificaciones corporales prestan al anacoreta los efluvios de la luz divina y la fortaleza de los propios Dioses que todo lo gobiernan según las concepciones budistas, existe la cuna de la epidemia colérica que a intervalos hace sus excursiones por Europa asolando cuanto encuentra a su paso con la afilada guadaña de la muerte. Del Ganges, de los terrenos infiltrados por sus aguas sagradas, aquellas que según la leyenda, consignada en las primeras páginas del Ramayana, descendieron del cielo sobre la cabeza del Dios Siva, por él esperadas en las cumbres del Himalaya para evitar que su impetuosidad asolara la Tierra, favor concedido a las virtudes y constante sacrificio del rey anacoreta Bhagiratha, de esos terrenos, de esas aguas benditas que fueron bastante a limpiar las manchas de los dioses terrenales lavando sus imperfecciones y haciéndoles dignos de volver al cielo y formar la corte del Dios de todos los dioses, de esas aguas y de esos terrenos, digo, emana también con todo su misterio, con todo su maléfico po-

der, el miasma sutil que en ellas parece que dejaron los dioses imperfectos cuando se purificaron para elevarse al cielo del Dios grande y que en forma de amenaza de muerte en ellas palpita para perpetuar el misterio de la leyenda sagrada, desde los altos del Himalaya hasta el delta del río en Calcuta.

Remota la existencia del cólera en la India no puede arrancarse de sus vedas que en una fecha determinada hiciera por vez primera su aparición; el concepto de *pestes* era generalmente aplicado a todas las enfermedades epidémicas y contagiosas por los sabios del país y cuando la dominación musulmana logró abatir el genio indio que había llegado a su apogeo, parece que cortó en flor la más preciada, el conocimiento verdadero de la historia del pueblo misterioso y secular; no obstante, en esta época parece que se describió el cólera en el libro religioso «Sushruta» con el nombre de «Wishuchika».

Tenemos pues, que seguir por el camino de los exploradores que visitaron el país y nos encontraremos que en sus relatos negativos algunos como los de Marco Polo en el siglo XIII, Nicolo Conti en el siglo XV, Mendez Pinto en el siglo XVI, fúndase la creencia de que el cólera es una enfermedad relativamente moderna comparada con otras epidemias.

La primera noción del cólera nos la suministra el cronista portugués Gaspar Correa que hace la descripción de dos epidemias interesantes: una se presentó en el ejército de Zamorin durante la primavera del año 1503, causó 20.000 víctimas y la afección era tan grave que mataba los atacados a las siete horas en medio de un cuadro horroroso de dolores. La segunda, acaecida cuarenta años después de la anterior, se presentó en Goa y he aquí el título del capítulo 24 de sus crónicas en que trata de ella «De la gran mortalidad de Goa a consecuencia de una nueva epidemia llamada *mordixy* y de las dificultades que produjo para efectuar los funerales de tan gran número de personas».

Tras de alguna otra descripción confusa de epidemia colérica, como la de Batavia relatada por Bontius, médico de la Compañía holandesa en las Indias Orientales, en 1629, llegamos a otra etapa mejor conocida.

En Hurdwar, situado al norte del Indostan, y en Travancore, al sur de la Península, se presentó casi al mismo tiempo la epidemia colérica el año 1783, dos epidemias que la Conferencia de Constantinopla estimó como distintas y que Tholozan considera como fases de la misma gran epidemia que empezó en Kandjam y se extendió al sur de la Península por un lado y al norte de la India por otro, pasando por Calcuta, no deteniéndose sus estragos hasta Hurdwar, situado en el nacimiento del Ganges a 1.024 pies sobre el nivel del mar. Sin que sea envidiable la exactitud del conocimiento de las diferentes invasiones coléricas en esta época, bien puede creerse que la segunda mitad del siglo XVIII fué pródiga en ellas, indu-

ciendo a Tholazan a fundamentar como carácter distintivo del cólera morbo asiático la difusión epidémica acompañando al hombre en sus éxodos, lo cual constituye el distintivo diferencial con el cólera nostras que presentando iguales síntomas clínicos carece de difusibilidad.

Desde los últimos años del siglo XVIII hasta el 1817 no se encuentran nuevas narraciones de cólera epidémico, lo cual prueba que ya conocido el mal si no se vuelven a ocupar las crónicas de él en el transcurso de estos años puede creerse que su existencia sería muy limitada y su mortalidad tan reducida que no llamara la atención. Observaciones y estudios de Bryden durante quince años asignaron como zona endémica del cólera en la India la comprendida entre los 20 a 26° de latitud y los 84 a 90° de longitud.

La Conferencia de Constantinopla no pudo fijar por falta de documentación probatoria el número y marcha de las diferentes epidemias que a partir de 1817 invadieron la India, pero consiguió averiguar la existencia de un reducido número de focos coléricos donde la enfermedad es endémica y por la frecuencia con que en los mismos se hace epidémico el mal, los clasificó en tres categorías:

1.º Focos endémicos que en ciertas épocas del año son epidemiados: Cawn-poor, Allahabad, Arcot, Bombay y sobre todo en Calcuta.

2.º Focos no endémicos que son epidemiados todos los años o casi todos: Madras, Conjeveram, Pooree, Tripetty, Mahadeo y Trivellore.

3.º Focos de cólera epidémico que se presenta en épocas indeterminadas cuyos intervalos no pasan de cuatro a cinco años: algunos puntos de Madras y de Bombay y en el Pégu.

La existencias de esas localidades endémicas para el cólera, ha hecho que los higienistas y biólogos se hayan preocupado de las razones fundamentales sobre que descansa la estabilidad del germen colérico en esas regiones y la facultad epidémica que desarrolla allí y en las naciones que ha recorrido: quienes las atribuyen a la permeabilidad de los terrenos de acarreo en las riberas del Ganges y del Brahmapoutra, a la gran cantidad de materia orgánica vegetal y animal existente sobre dichos terrenos, al escaso desnivel entre el agua de los ríos y los terrenos vecinos donde en las épocas lluviosas suele hallarse más alto o a nivel igual de la superficie vecina el agua del río en su cauce, al hallarse sometido todo esto al ardiente calor del sol tropical, etc., podrán quedar tranquilos en su conciencia por haber dado una explicación de las condiciones en que se verifica el desarrollo de las fermentaciones ordinarias y acaso tenga una influencia coadyuvante al impulso vital que impera en la prodigiosa multiplicación de los gérmenes coléricos, pero causa bastante para explicar y sostener la especificidad de estos y de las zonas obligadas de endémica colérica no lo son por muy recargadas que pongamos las tintas para pintar como indis-

pensables esas circunstancias y en esos sitios elaboradas, porque si dependiera solamente de las condiciones telúricas el desarrollo del germen del cólera se extinguiría en cuanto le faltasen esas intrínsecas de su misma vitalidad; luego si el germen se desarrolla y vive fuera de ellas y causa epidemias en latitudes muy diferentes, en países cuyos climas distan mucho de ser semejantes a los tropicales, algo hay que no corresponde al terreno y que afecta más bien a la vitalidad propia del germen y a su relación con la resistencia individual o inmunidad de que puedan hallarse capacitados los seres a quienes ha de encontrar en el curso de una epidemia fuera de su cuna; por otra parte, si las condiciones telúricas fueran solamente las que sostuvieran la especificidad, una vez arrastrados los bacilos a otras localidades cuyas condiciones climatológicas fueran idénticas a las de la India, allí quedaría para siempre como en su propia casa, y esto no sucede puesto que todas las epidemias arrancan de un número escaso de focos originarios, se difunden con pasmosa velocidad a veces, invaden poblaciones de muy distinta latitud, causan infinidad de estragos y a la postre los gérmenes se agotan, la epidemia decrece, la mortandad amengua y por fin se extingue la epidemia sin que en las razones que nos presentan para explicarnos el porqué encontremos lo que verdaderamente debía ser una razón, es decir, una relación entre la causa y el efecto. Entre las causas que se han puesto en juego para explicar la fijeza residencial del cólera endémico figura la noción de que los indios se alimentan insuficientemente, apenas si consumen algunos gramos de arroz por día y ello no es bastante a nutrir un organismo a satisfacción para responder a la energía defensiva que han de generar oponiéndose al ataque de la enfermedad o vencerla después de atacados; tampoco satisface por insuficiente esta razón y hemos de hacer a ella las mismas consideraciones que anteriormente; por otros pueblos tan míseros o más pasa la enfermedad en forma epidémica y no queda en ellos como forma o entidad morbosa permanente.

Si no está, pues, la endemia del cólera sostenida en la India por los elementos telúricos y climatológicos ni puede reputarse suficiente para que subsista allí en virtud a deficiencias nutritivas de los habitantes que por sí solas no bastan tampoco a explicar el mal en esa forma ni aunque agreguemos las causas sociales de falta de aseo, viviendas antihigiénicas, costumbres perjudiciales, métodos defectuosos en el alojamiento de la escreta, etc., etc.; porque de todas estas condiciones dispone en algunos lugares de los que invade en el éxodo de sus epidemias y no queda en ellos como endemia, habremos de pensar que biológicamente interviene en este fenómeno algún factor que determina esta modalidad y que nos es desconocido sin que ello afecte al conocimiento científico de la enfermedad ni se oponga a que todas estas circunstancias contribuyan a la mayor prosperidad de los micrófitos que la producen; otras causas superiores que rigen los fenómenos primordiales en la vida

lo mismo en el protoplasma informe que en el más complicado de los organismos, serán las determinantes de lo que nuestra razón no alcanza a comprender y que a nuestro conocimiento corresponde acatar; puede ser la misma que Claudio Bernard pone de manifiesto al estudiar el funcionamiento de las glándulas y que considera como *propiedad electiva* inseparable del concepto de las funciones vitales, que realizándose en medio de las leyes generales de la gravitación universal escapan a sus determinismos sin contradecirlas; es el *quid divinum* que como barrera infranqueable se interpone entre la pequeñez de la inteligencia humana y el arcano misterioso de la Creación.

Concretándonos a los hechos de observación, es lo cierto que en la India existe el cólera en sus dos formas, endémica y epidémicamente; las mismas localidades que no se ven nunca libres sufren en el año varias recrudescencias epidémicas que se transmiten a puntos menos propicios para su existencia y esto determina una especie de oscilación de la enfermedad que ampliando el radio ordinario de su acción traspasa a veces los límites de esas zonas frecuentemente afectadas e invade pueblos lejanos o naciones enteras, constituyendo las grandes epidemias conocidas en Europa desde el año 1830, cuyo transporte se ha efectuado por la vía terrestre y la marítima, siendo notable que la conducción terrestre ha seguido siempre el mismo camino a partir de los focos originarios y no los voy a describir por no ser molesto a vuestra atención y que detalladamente se encuentra en todas las obras de epidemiología; a nuestro objetivo será bastante recordar que las tres epidemias que por vía terrestre han assolado Europa, salidas que fueron de su cuna, alcanzaron las provincias septentrionales de Persia y bordeando el litoral de occidente en el mar Caspio penetraron en Rusia, siendo muy castigadas las poblaciones costeras de las aguas septentrionales del mar Negro, desde donde por múltiples caminos, buscando siempre las aglomeraciones hermanas de carácter militar o civil y cebándose principalmente en las faltas de higiene y buena alimentación o sometidas a las privaciones y fatigas excesivas, como ocurrió en algunas de carácter militar en Varsovia, por ejemplo, que los prisioneros rusos contaminaron la población y causó más víctimas la epidemia que la lucha armada; ya en Rusia la epidemia, la propagación a los países balcánicos, Austria-Hungría, Alemania, etc., es inevitable y a las demás naciones del continente europeo segura.

La primera epidemia colérica que hizo su transporte por vía marítima fué la que invadió Europa el año 1865 y el pánico que despertó con sus estragos, hizo que se reuniera la Conferencia de Constantinopla. Importada a la Meca, en el litoral del mar Rojo, por buques que de la India llevaban gran número de peregrinos a fines del mes de Abril del año citado, hizo muchas víctimas en esta población y en Medina, pero aumentó progresivamente en Arafat durante los tres días de las fies-

tas; fueron enviados médicos de Egipto para asistir a los coléricos y hallaron cubiertas de cadáveres las calles y los templos; sucumbieron más de treinta mil peregrinos de los noventa mil que constituían la peregrinación; los supervivientes, en gran parte atacados de la enfermedad, salían huyendo del punto infestado y en Suez desembarcaron unos doce mil conducidos por diez buques, entre los que se hallaba el inglés «Sidney» que ya había arrojado al mar durante la travesía algunos cadáveres; atravesaron Egipto en ferrocarril y rindieron viaje en Alejandría; agasajados por los árabes, según costumbre, les contaminaron y el 2 de Junio se presentó el primer caso de cólera en esta población; transcurridos dos meses había hecho la enfermedad cuatro mil víctimas y más de sesenta mil en todo Egipto. Siendo Alejandría una población cosmopolita y eminentemente comercial, sus habitantes se defendieron por todo el mundo llevando a todas partes la explosión de la epidemia.

Para no describir los innumerables contagios que partieron de Alejandría, sólo nos referiremos a la importación en Francia, puesto que de esta la recibimos en España. El día 1.º de Junio salió de Alejandría para Marsella el vapor «Stella» conduciendo 67 peregrinos de los que huyendo de la Meca habían atravesado Egipto; ocho días después arrojó al mar dos cadáveres de coléricos y el día 11 arribó a Marsella desembarcando los 65 restantes, entre los que se hallaba Ben-Kaddour, el cual falleció apenas desembarcado. Según Fauvel, el número de buques arribados a Marsella con patente sucia desde el 15 de Junio al 10 de Diciembre fué de 390; 143 vapores y 247 veleros. De este puerto se difundió por Francia y un comerciante francés procedente de Alejandría, después de tocar en Marsella, nos trajo el cólera a Valencia el día 8 de Julio de 1865. A Barcelona fué importada por mar desde la anterior capital el 22 de Julio y en Cartagena y Murcia se presentó el 20 de Septiembre, extendiéndose por toda España y causando grandes estragos.

En las proximidades del año 1883 fué invadido Egipto nuevamente por el cólera, amenazando a Europa con otra epidemia análoga a la que el año 65 había recorrido todos los países sembrando el luto y la desolación, y preocupados algunos Gobiernos por la salud de sus nacionales, enviaron comisiones científicas para el estudio de la enfermedad y los medios de combatirla; Francia envió a Gibier, Straus y Roux, sin que obtuvieran los resultados apetecidos; Alemania envió una misión presidida por Koch y en sus investigaciones obtuvo el descubrimiento del germen productor de la enfermedad; a partir de este momento se multiplicaron las experimentaciones que se venían haciendo para la colerización de los animales sustituyendo los productos coléricos que se venían empleando por los cultivos puros del bacillus vírgula de Koch. Se trató de resolver desde un principio la colerización de diferentes animales y los resultados obtenidos por muchos experimentadores que

a ello dedicaron su actividad, fueron inseguros y contradictorios; se quería provocar un ataque de cólera con los mismos síntomas clínicos que destacan a la cabecera del enfermo y no se lograba; unas veces los conejos de Indias que se empleaban en la experiencia seguían desempeñando sus funciones como si nada les ocurriera después de haberles hecho una ingestión de materiales coléricos o una inyección intra-duodenal de un cultivo valorado y dosada su toxicidad como hacía el Dr. Ferrán y otras morían en pocas horas bajo el frío inicial que les atacaba desde el primer momento de la inoculación, más que por el efecto infectivo de la misma por el tóxico o una forma de choque nervioso que ya no les abandonaba hasta la muerte; algunos de estos, autopsiados, presentaban en el peritoneo que rodeaba el punto de inoculación en el duodeno, un pequeño derrame del cultivo inoculado que había escapado por la puntura y peritonitis violenta alrededor del derrame. Estos resultados contradictorios abrieron ancho campo a las apreciaciones diferentes y a las discusiones apasionadas en el mismo instante en que la epidemia de 1885 hacía su entrada en España por la misma región que la de 1865.

Ya se habían obtenido en el Instituto Pasteur de París algunas vacunas profilácticas contra diversas enfermedades en los animales y hallábase la falange de sabios microbiólogos sobre la pista para obtener el estado refractario de otras, cuando se presentó el cólera del 85 en las inmediaciones de Valencia: un médico tan modesto como sabio, con la clarividencia de los iluminados y seguro de su descubrimiento, apareció en los primeros puntos epidemiados tremolando en su diestra la antorcha de la salud en aquellos momentos de tribulación y angustia en que el pánico anulaba los arrestos de los espíritus más fuertes, la voz del apóstol tañía en el espacio palabras de consuelo y confortaba las almas entregadas a las más negras esperanzas en el oscuro horizonte de su porvenir desgraciado. El Dr. D. Jaime Ferrán, desconocido del mundo científico en su modesto retiro de Tortosa, había seguido paso a paso los progresos de la nueva ciencia y aparecía de pronto ante el pueblo amenazado de muerte como el único salvador; como sonora ondulación difundida de boca en boca, pronto llegó a todas partes la noticia del descubrimiento de la vacunación anticolérica y la Prensa, los centros científicos, los sabios más acreditados y los gobiernos nacionales, hubieron de ocuparse del hecho. El Dr. Ferrán se venía ocupando del estudio del cólera cuando el descubrimiento del fitoparásito que lo produce fué hecho por Koch y comenzó por hacer los cultivos del germen perfectamente puros para aprovecharlos en sus experiencias de colerización de los animales; siguió primero las investigaciones por medio de inyecciones intra-duodenales como venían realizando otros experimentadores y sus resultados inciertos le convencieron de que no era ese el camino por el que se podía llegar pronto a algo práctico y prescindiendo de los fenómenos de adaptación del organismo al virus productor de

la enfermedad se fijó solamente en el concepto esencial, es decir, en la interpretación de las enfermedades microbianas como casos simples de una intoxicación con el veneno segregado por los microbios y decidió cambiar de vía de colerización adoptando la inyección subcutánea. Teniendo presente que las enfermedades infecciosas dejan tras sí en el organismo que acometen un estado refractario a los efectos de los venenos que se generan en el proceso morboso y conocido ya el germen colérico, vislumbra la posibilidad de hallar la vacuna contra sus efectos. La marcha en las experiencias para poner de manifiesto la inmunidad contra las toxinas coléricas fué la siguiente: Hizo primeramente cultivos de baccilo vírgula puros y contrastó su toxicidad hasta determinar la dosis tóxica mínima mortal que podía emplear en los conejillos de Indias de un peso determinado; tomó entonces un lote de 20 conejillos y les inyectó a cada uno subcutáneamente la mitad de la dosis mínima mortal; pasados algunos días repitió la operación y con otro intervalo igual les hizo la tercera y aún cuarta inoculación de igual cantidad de cultivo; transcurridos algunos días más y los animales en perfecto estado, formó dos lotes de cobayas, primero los que habían recibido las inoculaciones que hemos dicho, segundo otros tantos de igual peso y condiciones que no habían sido sometidos a ninguna inyección y a todos ellos se les hizo una inyección de la dosis mínima mortal de cultivo del baccilo coma: el resultado obtenido no pudo ser más elocuente; los que previamente habían sufrido las inyecciones de cultivos de vírgulas resistieron la dosis mínima mortal y los que no habían sido sometidos a las inyecciones anteriores sucumbieron: estaba, pues, demostrada la inmunidad adquirida por las cobayas contra el veneno del cólera y había que suponer que el fenómeno se repetiría en la especie humana: Hizo el Dr. Ferrán después de numerosos ensayos en los animales, las pruebas experimentales de la inocuidad de un procedimiento en el hombre, empezando por sí mismo y sometiendo después a estas inoculaciones principalmente amigos médicos y estudiantes de medicina, de cuyos estudios y descubrimientos la Real Academia de Barcelona emitió informe lleno de alabanza y admiración suscrito por los Dres. Carreiras, Bertrán, Gine, Roig, Soler y Rodríguez Mendez. Probado primero por los razonamientos científicos deducidos de la entonces naciente microbiología y de los trabajos de laboratorio que la inyección de cultivos vivos de baccilos vírgula bajo la piel no podía causar la enfermedad colérica ni otros trastornos que los inherentes a una intoxicación leve por un veneno orgánico y probado por la experimentación en los animales que esta inyección preservaba de los efectos tóxicos de otras inyecciones sucesivas más virulentas, estaba abierto el camino para entablar la lucha contra la epidemia colérica con todas las garantías de triunfo que pueda esperarse en el campo dilatado de la ciencia.

Lo que el Dr. Ferrán hizo en el cólera del 85 para demostrar la eficacia de su

descubrimiento ante el mundo científico y prodigar sus beneficios en los pueblos invadidos por la epidemia, sería su narración demasiado extensa para intercalada en este trabajo; a instancias del Dr. D. Amalio Gimeno, Profesor de la Facultad de Medicina de Valencia, entonces, se trasladó el Dr. Ferrán a Alcira que se hallaba recién invadida de cólera, con el fin de practicar la inoculación anticolérica preventiva conforme a lo que su descubrimiento le permitía esperar; infinidad de inoculaciones fueron hechas y el clamoreo de la Prensa diaria y profesional hubo de hacerse eco de aquellos trabajos comenzados a realizar con el mayor éxito, puesto que no se observan complicaciones ni accidentes en los sometidos al plan profiláctico ni se veían atacados del cólera; de estos trabajos se ocuparon representantes de la Nación: en el Congreso, el Diputado y elocuente tribuno D. Emilio Castelar, y en el Senado, D. Juan Magaz, representante de la Universidad de Barcelona; ya tenía noticia de ello el Ministro de la Gobernación D. Francisco Romero Robledo, porque cinco meses antes le había comunicado el Dr. Ferrán sus descubrimientos, sin obtener contestación del Ministro, y nombró una Comisión que estudiara y dictaminara, compuesta por D. Francisco Alonso Rubio (Presidente del Real Consejo de Sanidad), D. Aureliano Maestre de San Juan (Profesor de la Facultad de Medicina de Madrid), D. Alejandro San Martín (Profesor de la misma Facultad) y D. Antonio Mendoza (Director del Laboratorio de Bacteriología de la Diputación provincial de Madrid), agregándose a esta Comisión D. Eduardo García Solá (Profesor de Medicina en Granada), delegado por la Diputación provincial; D. Anacleto Cabezas (Médico militar), delegado por el Ministro de la Guerra, y D. Vicente Cabello (Miembro del Consejo Superior de Marina), delegado por el Ministro del ramo. Enviada esta Comisión por el Sr. Romero Robledo a Valencia donde la esperaba el Dr. Ferrán, apenas si pudo ni aún intentar la comprobación de la eficacia preventiva de la inoculación anticolérica; dominaba en las esferas gubernamentales el sistema de acordonamiento en las poblaciones que se iban infectando y ocurría lo que a esta Comisión le sucedió en Museros que al ir a prestar su concurso a la población contaminada, la hallaron rodeada de un cordón militar que les cerraba el paso y así por el estilo una serie infinita de obstáculos y contrariedades que hicieron estéril la que pudo ser luminosa labor de Comisión tan competente; no obstante lo cual, dictaminó y algunas de sus conclusiones son como sigue:

.....

4.ª *La inoculación es inofensiva para la salud pública atendiendo a que los accidentes locales o generales que ella ocasiona son ligeros y desaparecen casi siempre en 48 horas.*

5.ª *Las estadísticas hechas hasta el día por los inoculadores parecen favo-*

rables a este método: mas son todavía escasas y no es posible formular un juicio definitivo sobre su eficacia preservadora.

7.ª

La Comisión cree en fin que debe hacer una manifestación respetuosa al Gobierno de S. M. informándole que el Sr. Ferrán es un hombre de ciencia, probo y de buena fe, que puede estar equivocado pero no se puede negar la mejor intención; él estudia esta cuestión del cólera con una constancia y un celo admirables que le dan derecho a la protección del Gobierno y al agradecimiento de la humanidad.

Sería interminable este trabajo si hubiéramos de seguir paso a paso el calvario que recorrió el Dr. Ferrán desde el comienzo de la aplicación de su descubrimiento hasta que veinte años después le otorgó la Academia de Ciencias de París el premio Breant como descubridor de la vacunación anticolérica y aun en este triunfo colosal ha tenido que compartir dicho premio con el Dr. Haffkine, no obstante haber probado la prioridad de su descubrimiento contra la nota presentada a nombre del Dr. Gamaléya, de Odessa, en 20 de Agosto de 1888, por el Secretario perpetuo de la misma Dr. Pasteur: tiene esta nota, si quiere apreciársele, un perfeccionamiento del método de vacunación anticolérica descubierto por el Dr. Ferrán y una sola idea nueva dentro de ese mismo método. La nueva idea, al parecer propia de los Dres. Gamaléya y Haffkine, es la exaltación de la virulencia del germen colérico por su paso a través del organismo de las palomas y el perfeccionamiento, si quiere mirársele como tal, consiste en valerse de esos bacilos exaltados para inocularlos como vacuna química después de muertos por el calor.

Desde el primer momento en que el Dr. Ferrán puso en práctica su inoculación preventiva anticolérica, se desató contra su descubrimiento todo género de obstáculos y una atmósfera hostil en todas las esferas, vino a empañar la esplendorosa brillantez de su triunfo: la Academia de Ciencias de París, menospreciando las sabias comunicaciones de nuestro compatriota y otorgando plena atención a las de Gamaléya, se envuelve en la penumbra de la pasión, cuando las Corporaciones científicas han de reconocer el talento y el saber allí donde esté, llámese como quiera su poseedor hijo de cualquier nacionalidad, que en el reino del saber su patria es el mundo y los favorecidos todos son hermanos. Triste es decirlo, pero no sería justo callar, que el mismo reproche lanzado contra el extranjero nos coge de lleno en nuestra propia casa, pero pasemos por alto la cizaña inherente a la mísera naturaleza humana y sólo espiguemos de entre ella el fruto dorado del sabroso trigo intelectual.

En el extremo oriente el dios Marte fulmina sus rayos destructores contra el género humano; los que debían abrazarse para apretar los lazos de afecto entre la gran familia mundial se oprimen para estrangularse, los labios que se increpan debieran articular ósculos de paz y frases de perdón y amor y esas energías aplicadas a la destrucción de lo existente debieron encauzar el bienestar general en vez de asolar los pueblos. Arde el volcán en los países próximos a los focos originarios del cólera; la dominación inglesa en la India, los choques entre combatientes en Persia, las aglomeraciones militares al sur de Rusia en los litorales del mar Caspio y el mar Negro, las movilizaciones en ambas orillas del mar Rojo; por un lado Egipto, por otro Turquía en relación constante con las naciones balcánicas y los imperios centrales de Europa hacen con sus continuos transportes de fuerzas y convoyes de heridos inminente el traslado de los gérmenes coléricos a pueblos alejados de la lucha: nada más fácil que un barco Hospital de la marina inglesa arribe a nuestro propio hogar cargado de enfermos sin que puedan detener sus rumbos las autoridades sanitarias ni los respetos a la neutralidad en que se halla colocada nuestra Nación; ante las necesidades militares no hay ley que respetar ni veto que temer sino es la misma brutalidad de la fuerza. Pongámonos en este caso y hénos frente a frente de una epidemia colérica importada con rapidez, sin que las estaciones sanitarias de observación para el cólera puedan avisarnos de los peligros que corremos, con una falta absoluta de la defensa internacional; el sistema de acordonamientos intranacionales, desacreditado por sus exiguos resultados en las epidemias anteriores, tampoco garantizan nuestra salud; sólo nos queda la defensa personal; venga en nuestro auxilio la última palabra de la ciencia, labore con nosotros y por nuestra familia el descubrimiento del compatriota ilustre aplicado a la defensa individual contra la terrible epidemia y un *eureka* de Arquímedes triunfante explote en nuestros labios; ya no hay que temer el azote maldito que cubrió de macabros crespones las naciones europeas; si los Dioses indios supieron dejar en las aguas del sagrado Ganges un maléfico influjo con que diezmar las poblaciones de Europa, el Ebro bendito alimentó en Tortosa el Genio bienhechor que con su laboriosidad y su modestia había de vencerlo.

HE DICHO.



SECCIÓN VARIA

Fundación Santa Cándida

(DE "LOS PROGRESOS DE LA CLÍNICA.")

«En el artículo que publicamos en el suplemento correspondiente al número de Abril del año pasado, con el título «La suscripción a *Los Progresos de la Clínica* resulta gratuita y constituye una verdadera hucha para los suscriptores», y al exponer nuestros proyectos, para cuando llegase el periódico a cubrir sus gastos, decíamos: «Y cuando esto ocurra, habrán de ensancharse nuestras aspiraciones en favor de la clase médica y en favor de nosotros mismos».

«Aspiraremos entonces al verdadero Montepío, a base de *Los Progresos de la Clínica* y de otros elementos; pero sin discusiones, sin Juntas, sin rivalidades, sin recelos, al Montepío que dé y que no pida.» «Aspiraremos a la creación del Colegio para huérfanos de médicos, con pensión gratuita o tan exigua que a gratuita se asimile, etc.»

Dolorosos sucesos, cuyos ecos constantemente llegan a esta Redacción, han sido poderoso acicate, que nos impulsa a realizar anticipadamente estos proyectos con tanta intensidad acariciados.

Acaso pequemos de precipitación al emprender esta tarea antes de tiempo, antes de tener acoplados todos los elementos y recursos que para llevarla a cabo pensábamos y pensamos reunir. Sírvanos de disculpa la impaciencia originada por nuestro buen deseo.

Desde el próximo año de 1916, funcionará la «Fundación Santa Cándida», dedicada a recoger, alimentar y educar a los huérfanos de médicos pobres y al socorro de las viudas de los mismos, cuando sus recursos la permitan atender a este último.

Damos a la fundación el nombre de «Santa Cándida», en memoria de una per-

sona muy querida para muchos de los que formamos la Redacción de este periódico, y cuyo recuerdo tanto y tanto ha de estimularnos para el éxito de esta empresa.

Al principio, y por la escasez de medios, la Fundación se dedicará solamente a recoger a los huérfanos de nuestros suscriptores que mueran pobres y, si posible fuera, a auxiliar a las viudas de los mismos; pero, a medida que lo permitan sus recursos, se harán extensivos sus beneficios a los huérfanos y viudas de todos los médicos que hayan muerto dejándolos pobres, hayan o no hayan sido sus padres o esposos suscriptores nuestros.

Empezaremos por recoger y educar a los huérfanos que nuestros modestos recursos permitan hacerlo, en la siguiente forma:

Desde la aparición de este suplemento se admitirán solicitudes de cuantos se encuentren en las condiciones antedichas y deseen ser socorridos.

A dichas solicitudes acompañarán los documentos necesarios para justificar el derecho a este beneficio, que serán los siguientes:

- 1.º Partida de defunción del padre.
- 2.º Partida de nacimiento de los huérfanos.
- 3.º Documentos que prueben que dichos huérfanos no poseen bienes bastantes para atender a su sostenimiento y educación.

Si también hubiera fallecido la madre, deberán hacerlo constar así por medio de la correspondiente certificación, pues esta circunstancia mejoraría su derecho, como más desgraciados y dignos de auxilio.

Las instancias deberán venir dirigidas a los señores Directores de *Los Progresos de la Clínica* y se admitirán hasta el 31 de Julio de 1916.

Como no es fácil que este suplemento llegue a manos de los huérfanos ni de las viudas, rogamos a nuestros suscriptores que conozcan a los que en este caso se encuentren que se lo avisen o que nos avisen a nosotros.

Durante los meses de Agosto y Septiembre se resolverán las solicitudes, teniendo muy en cuenta las circunstancias que concurren en cada caso, y se acordará recoger y educar a cuantos huérfanos sea posible hacerlo, en vista de los recursos que entonces hayamos logrado reunir.

En el mismo mes de Septiembre se comunicará la resolución a las familias de los huérfanos agraciados y el día 1.º de Octubre ingresarán estos en el colegio que se les designe (que habrá de ser de los mejores), en concepto de internos, corriendo a cargo de la Fundación todos los gastos que ocasionen dichos huérfanos por alimentos, educación, libros, matrículas y ropas, hasta el día 30 de Junio de 1917, en cuyo día deberán recogerlos sus familias, para pasar el verano, ingresando de nuevo en el colegio, en idénticas condiciones, el 1.º de Octubre de 1917, y así sucesivamente, hasta que se considere completa su educación.

Los Progresos de la Clínica destinan a esta Fundación la cantidad de 3.000 pesetas para el año 1916 y cuentan con algunos ofrecimientos de sus relaciones particulares y comerciales, que permiten abrigar la esperanza de recoger y educar a cierto número de huérfanos, en la forma antedicha, durante el curso de 1916 a 1917.

Poco es, como antes decimos; pero repetimos que nuestros proyectos y nuestras esperanzas son mucho mayores.

Parece natural que esta idea habrá de resultar del agrado de nuestros compañeros: de los pobres, porque del beneficio de sus familias se trata, por si llega el doloroso día en que hallan menester de auxilio; de los ricos, de los privilegiados, de los que a la carrera deben su bienestar y el tranquilo porvenir de los suyos, porque lo menos que pueden hacer es interesarse por la suerte de los hijos de sus compañeros, más desgraciados o menos hábiles que ellos.

Si así fuese, si nuestros suscriptores pobres y ricos, aprobasen esta idea nuestra, les rogamos que nos lo digan, en la seguridad de que no hemos de pedirles sacrificios metálicos, ni de exigirles grandes trabajos. Un poco de calor que abrigue a la idea, otro poco de propaganda de la misma y un mucho de buena y recta voluntad son factores bastantes, a nuestro parecer.

Si esta iniciativa adquiere arraigo en la clase, expondremos completo nuestro proyecto. En caso contrario, continuaremos limitados a nuestros propios recursos y llegaremos hasta donde nos lleven nuestro entusiasmo por la idea y nuestros trabajos y sacrificios personales.

Una sola cosa hemos de anticipar y es la siguiente: en el momento en que ingresen en la Fundación fondos que no sean exclusivamente nuestros o por nosotros allegados a la misma, en el momento en que nuestros suscriptores y compañeros nos brinden su cooperación, la Fundación quedará absolutamente independiente de nosotros y del periódico y será regida y gobernada por un patronato compuesto de personas cuyos prestigios sean garantía bastante para alejar de la mente del más meticuloso toda idea de lucro, de recelo o de desconfianza.

Los Progresos de la Clínica se limitarán desde entonces a subvencionar anualmente a la Fundación con la cantidad que puedan, que es de esperar sea mayor en cada uno de los años sucesivos, a servirla de medio de propaganda y a prestarla cuanta ayuda les sea posible, pero sin tener intervención alguna en la administración de la misma y encontrándose tan sólo representados por una exigua minoría en el patronato que la gobierne».

* * *

Felicitemos a *Los Progresos de la Clínica* por la iniciativa de la noble empre-

sa cuya exposición precede a estas líneas y deseamos conocer las bases por que ha de guiarse esta caritativa institución que ha de constituir en día próximo el amparo de la desventuradas familias de aquellos compañeros que no pudieron legar medios de vida y educación a sus hijos.

MURCIA MÉDICA ratifica el ofrecimiento privado que tiene hecho a la Dirección de *Los Progresos de la Clínica* y está dispuesta a ocupar el lugar que le corresponda como Prensa, y sus elementos como médicos, ofreciendo su modesto concurso que ha de consistir en la difusión de la idea especialmente en esta región de Levante, donde tanto favor le dispensa la clase médica y a contribuir anualmente con su dinero en cantidades proporcionales al resultado de su balance.

Noticias

Hemos recibido la visita de los nuevos colegas *Andalucía Médica*, *España Oftalmológica*, *España Médico-Forense*, *Jerez Médico* y *Extremadura Médica* con quienes establecemos gustosos el cambio.

Deseamos a todos prosperidades y éxitos en sus empresas.

—•••—

Ha dejado de publicarse *Revista Clínica de Madrid*, cuyos valiosos elementos han ingresado en la redacción del veterano colega *Siglo Médico*.

—•••—

En Madrid ha empezado a publicarse la importante Revista titulada *La Medicina Social Española* de la que es director el Dr. Malo de Poveda y secretario de Redacción nuestro colaborador Dr. Albasanz.

—•••—

Así también bajo la dirección de los Dres. Recasens, Zuloaga y Nubiola ha dado comienzo a su publicación la excelente *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*.

—•••—

Saludamos a los colegas *Gaceta Médica del Sur* y *Revista Española de Electrología y Radiología Médicas*, al empezar el cambio.

En el número 46 de *Policlínica Sevillana* aparece el extracto del trabajo de nuestro compañero Dr. Guillamón «Dos casos de tétanos seguidos de curación, tratados principalmente por el ácido fénico» y en el número 48 de la misma publicación se extractan los artículos de los Dres. Medina, Giner y Molina, publicados en nuestro número del pasado Diciembre.

Agradecemos la atención.

El resultado del concurso de premios de esta Real Academia de Medicina del año 1915, ha sido el siguiente: Premios desiertos; accésit al tema de Medicina, al que lleva por lema *Neisser Wright*, resultando autor del mismo don Valentín Enrique Pérez Grande, de Madrid; y accésit al tema de Cirugía, al que lleva por lema *Patterson*, resultando autor del mismo don Carlos López Fanjul, de Oviedo.

Felicitemos a tan distinguidos compañeros por el éxito alcanzado.

La Prensa profesional española nos dedica alabanzas por las reformas introducidas en nuestra publicación, creyendo algunas revistas como *Gaceta Médica de Murcia*, *Los Progresos de la Clínica* y *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* que ocupamos uno de los primeros puestos entre las publicaciones españolas.

MURCIA MÉDICA, que ve en sus frases manifestación de fraternal compañerismo, las agradece y estima en cuanto valen.

También la Real Academia de Medicina y Cirugía de esta capital, en la primera sesión literaria del presente curso acordó felicitarnos oficialmente por el mismo motivo, por lo que públicamente queremos hacer constar nuestro reconocimiento a los sabios maestros que nos honran con tal distinción.

Guido Baccelli, el Catedrático de Clínica médica general de la Universidad de Roma, ha fallecido.

Sus magistrales estudios de la malaria, su tratamiento del tétanos por el ácido fénico y especiales trabajos semiológicos le hicieron ser considerado como clínico de fama mundial.

* * *

El Catedrático de Patología y clínica quirúrgica de la Universidad Central don Luis Guedea y Calvo, ha dejado de existir en los primeros días del presente mes.

Reciente está la persistente y concentrada labor del sabio profesor cuyo recuerdo quedará imperecedero para todos aquellos que en su clínica recibimos las enseñanzas del maestro.

Acompañamos a *Los Progresos de la Clínica* en su profundo pesar por el infortunio que le aflige.

* * *

D. José Castillo y Tapia, Médico Forense y de esta Beneficencia Municipal, ha dejado de existir después de penosa enfermedad.

Sus especiales estudios pensionados en el extranjero acerca de la difteria y la hidrofobia y su competencia en los cargos oficiales que desempeñó, le hicieron conquistar envidiable crédito profesional entre nosotros.

Enviarnos nuestro pésame a su familia y muy especialmente a nuestro querido compañero su hijo político Dr. Mariano Martínez Torres.

¡Descansen en paz!

████████████████████

Concursos y premios para 1916

MURCIA MÉDICA

Abrimos un concurso entre médicos para premiar dos artículos elegidos entre los que nos remitan, con arreglo a las siguientes condiciones:

- 1.ª El tema es de libre elección.
- 2.ª Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 15 a 20 páginas de esta Revista.
- 3.ª Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.
- 4.ª Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías, etc. que el tema requiera.
- 5.ª Los trabajos premiados quedan de propiedad de esta Revista.
- 6.ª Los premios son dos, consistentes cada uno de ellos en **100 posetas**, 100 ejemplares del artículo premiado en edición aparte y publicación del mismo con todas las ilustraciones en **MURCIA MÉDICA**.
- 7.ª El plazo de admisión de los trabajos es hasta las doce de la noche del día 30 de Septiembre de 1916, debiendo dirigirse a esta Administración.

Y última. El jurado calificador se formará por tres Académicos de número de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia, cuyos nombres se darán a conocer oportunamente.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MURCIA

Con objeto de estimular el estudio de las Ciencias Médicas, y cumpliendo con lo que preceptúan los Estatutos, esta Real Academia ha acordado abrir un Concurso para premiar las Memorias que mejor desarrollen, a juicio de la Corporación, los siguientes temas:

1.º De Medicina.

2.º De Cirugía.

Serán de libre elección y se adjudicarán los premios a aquellas Memorias que tengan más mérito científico y más originalidad.

Se adjudicará un premio y un accésit a cada uno de los temas.

El premio será una medalla de oro, diploma especial y el título de Académico Corresponsal, si no lo fuere el agraciado.

El accésit consistirá en diploma especial y el título de Académico Corresponsal en iguales condiciones que el anterior.

I. Las Memorias que se presenten estarán escritas en castellano, sin firma-rúbrica, ni indicación que pueda revelar el nombre del autor.

II. A cada una de ellas acompañará un pliego cerrado en el que consten el nombre, apellido y residencia del autor. Este pliego vendrá señalado con el lema que figure en la primer página de la Memoria.

III. Las Memorias se dirigirán a la Secretaría de la Corporación donde se expedirá a quien lo solicite el correspondiente recibo de la entrega.

IV. El Concurso quedará cerrado el 30 de Septiembre de 1916.

V. La Academia publicará oportunamente los lemas de las Memorias recibidas, así como los de aquellas que juzgue acreedoras a premios.

VI. Su adjudicación se verificará en la sesión pública inaugural del año 1917, abriéndose en el mismo acto los pliegos que deben contener el nombre del autor o autores de las Memorias premiadas e inutilizándose los de aquellas que no hayan obtenido premio.

VII. No pueden tomar parte en el Concurso los Académicos de número de la Corporación.

VIII. No se podrán retirar las obras presentadas, quedando de propiedad de la Academia.

Murcia 30 de Enero de 1916.—El Presidente, *Francisco Medina*.—El Secretario-perpetuo, *Laureano Albaladejo*.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA

Bases para la concesión del premio de esta Sociedad:

- 1.^a El tema del concurso es: «Contribución al estudio de la etiología y patogenia de la diátesis hemorrágica», con aportación de algún trabajo personal.
- 2.^a El premio consistirá en 500 pesetas y título de socio corresponsal.
- 3.^a Las Memorias concursantes han de ser originales de autor español, no pudiendo optar al premio los que pertenezcan a la Sociedad.
- 4.^a Las memorias se presentarán en papel blanco, tamaño de cuartillas españolas, escritas en castellano, con letra clara o a máquina, sin que contengan más signos o notas que los que se relacionen con el tema.
- 5.^a Dichas Memorias se encabezarán con un lema, no se firmarán y se incluirán en un sobre blanco, en el que figurará el mismo lema; dentro de este sobre irá otro opaco y cerrado, conteniendo en su interior el lema, nombre y apellidos y residencia del autor.
- 6.^a El plazo de admisión de Memorias expirará el 31 de mayo de 1917, pudiendo remitir éstas a la Sociedad de Pediatría, Mayor, número 1, segundo, o al Secretario general, doctor Sáinz de los Terreros, Sagasta, núm. 1.
- 7.^a El fallo del Jurado calificador se dará a conocer en la sesión inaugural del concurso 1917-1918, adjudicándose el premio al autor (o persona que lo represente) de la Memoria elegida, e inutilizándose los sobres correspondientes a las no premiadas.
- 8.^a Las Memorias premiadas pasarán a ser propiedad de la Sociedad; las otras, durante el plazo de un mes, estarán a disposición de sus autores para recogerlas.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Premio del Excmo. Sr. D. José Sánchez Guerra.—Tema: «Estudio crítico sobre el estado científico actual de los distintos métodos de purificación química y bacteriológica de las aguas potables, con aplicación a la higiene en las poblaciones».

Habrà para este tema un premio de 1000 pesetas, un accésit y las menciones honoríficas que el jurado estime conveniente.

Premio del Excmo. Sr. D. Mariano Belmás.—Tema: «Cartilla higiénica del obrero y su familia».

Habrà para este tema un premio de 250 pesetas, un accésit y menciones honoríficas.

Observaciones especiales.—Este trabajo ha de tener por objeto instruir al obrero de todo aquello que pueda servirle de guía respecto a su alimentación, su vivienda, sus vestidos y el cuidado de su persona, de su mujer y de sus hijos, en todos los actos y funciones de la vida de ambos sexos; accidentes que pueden ocurrir y pri-

meros cuidados que reclaman; todo lo que constituye, en fin, la vida higiénica, dentro de las condiciones modestísimas de una familia de escasos medios de subsistencias.

El lenguaje ha de ser sencillo y al alcance de personas de poca instrucción, y los consejos y reglas que se den han de ser prácticos y factibles.

Premios Roel.—La Comisión que tiene a su cargo la administración de este legado ha acordado anunciar para este año un premio extraordinario, a más del tema corriente.

Tema 1.º (extraordinario): «Los Reformatorios de España en sus relaciones con la corrección de la infancia y de la pubertad rebelde y delincuente.— Condiciones que deben reunir estos institutos para que respondan a su objeto».

Habrà para este tema un premio de mil pesetas, con título de socio corresponsal; un accésit de 250, con igual diploma, y menciones honoríficas.

La extensión de este trabajo no podrá exceder de seis pliegos de impresión (tipo de las Memorias publicadas), ni ser menor de tres.

Tema 2.º: «El niño en la industria: condiciones en que trabaja. Medidas de protección existentes en España, y cuáles deberían adoptarse para que esta protección fuera más efectiva».

Habrà para este tema un premio de quinientas pesetas con diploma de socio corresponsal, un accésit de doscientas cincuenta, con igual título, y menciones honoríficas.

La extensión de las Memorias que aspiren a recompensa en este tema no deberá pasar de tres pliegos de impresión.

Nota.—Las Memorias que aspiren a los premios Roel deberán estar escritas precisamente en español, en atención a que su principal objeto es la divulgación de estos conocimientos entre las clases populares.

Todos los trabajos que se presenten al concurso se remitirán al Secretario general de la Sociedad, D. Mariano Belmás, Puerta del Sol, 9, piso tercero, derecha, hasta el día 30 de Septiembre inclusive, de tres a siete de la tarde, no debiendo sus autores firmarlos, ni rubricarlos, ni escribirlos con su propia letra, distinguiéndolos con un lema igual al del sobre de un pliego cerrado, lacrado y sellado, que remitirá adjunto, y el cual contendrá su nombre y residencia.

Las Memorias estarán escritas en castellano, francés o italiano, y podrán aspirar a los premios todos los españoles o extranjeros que cumplan las condiciones arriba expresadas.

Los premios se adjudicarán en la solemne sesión de apertura de curso de 1916 a 1917.

Siendo el objeto de estos concursos, no sólo la instrucción de las clases popu-

lares, sino fomentar el amor al estudio en la mayor extensión posible, no podrán aspirar a nuevo premio los que hayan obtenido tres seguidos en los diversos concursos anteriores, hasta después de transcurrir dos años del último recibido.

No se admitirá al concurso ninguna Memoria que no esté escrita en letra muy clara y perfectamente legible y mejor aún en letra de máquina.

Los pliegos de las Memorias no premiadas se inutilizarán en la primera sesión de gobierno que se celebre después de la inaugural, a no ser que fueren reclamadas oportunamente por sus autores.

Las Memorias premiadas serán propiedad de la Sociedad y no podrán ser publicadas por sus autores sin autorización de la misma.

Ningún trabajo presentado podrá retirarse.

El Presidente, *A. Fernández-Caro*.—El Secretario general, *Mariano Belmás*.

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

I. El tema del concurso será de libre elección.

II. El premio de la Academia consistirá en 250 pesetas y el título de Socio corresponsal de la misma.

III. Las Memorias optando al premio deberán ser originales de autor español.

IV. A cada una de las Memorias que se presenten deberá acompañar un pliego cerrado en el que conste el nombre y residencia del autor. Este pliego vendrá señalado con el lema que figure en la Memoria. Será excluído del concurso todo trabajo que venga firmado por su autor o con alguna indicación que pueda revelar su nombre. Quedan excluídos de este certamen los socios de la Corporación.

V. Las Memorias se dirigirán bajo sobre al presidente de la Academia y con las señas de secretaría general de la misma, Mayor, 1, segundo, Madrid, donde se expedirá a quien lo solicite el correspondiente recibo de la entrega.

VI. El concurso quedará cerrado el 15 de Septiembre de 1916, después de cuyo plazo no será admitida ninguna de las Memorias que se presenten.

VII. La Academia publicará oportunamente los lemas de las Memorias recibidas, así como los de las que la Corporación juzgue acreedoras a los premios.

VIII. Estos últimos serán públicamente adjudicados en la sesión inaugural del año próximo a los autores de las Memorias premiadas, o a los que para ello se presenten completamente autorizados, abriéndose en el mismo acto los pliegos que deben contener sus nombres, a la vez que se inutilizan los que correspondan a las Memorias no premiadas.

IX. Toda Memoria recibida para el concurso quedará de propiedad de la Academia.

Madrid, Noviembre de 1915.—El Secretario general, *Teófilo Hernando*.

Correspondencia administrativa con nuestros suscriptores

- D. Antonio Villena, Albacete.—Queda V. suscripto a esta Revista por el año 1916, y se le ha mandado el número 1 como solicitaba en la suya.
- D. Luis García Granero, Agramón.—Queda V. suscripto a esta Revista por el año 1916.—Recibido el importe de dicha suscripción.
- D. José Martínez Cornella, Totana.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Arturo Cortés, Albacete.—Queda V. suscripto a esta Revista por el año 1916.
- D. José María Carlos Alix, Totana.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Cándido Girón, Villarrobledo.—Queda V. suscripto a esta Revista por el año 1916.—Recibido el importe de dicha suscripción.
- D. José María Abenza, Albacete.—Queda V. suscripto a esta Revista por el año 1916.
- D. Francisco Camacho, Totana.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Luis Bueno, Orihuela.—Remitido el número 1 de esta Revista, como deseaba.
- D. Eduardo Amorós, Alicante.—Queda V. suscripto a esta Revista por el año 1916.
- D. José María García Reyes, Albacete.—Queda V. suscripto a esta Revista por el año 1916.
- D. Ladislao Moragón, Agramón.—Queda V. suscripto a esta Revista por el año 1916.—Recibido el importe de dicha suscripción.
- D. Carlos Manero, Alicante.—Remitido el número 7 como deseaba.
- Colegio Médico de Gerona.—Remitidos los números 8 y 9 que solicitan.—La suscripción es gratuita para esa Corporación a cambio de su Boletín.
- D. Ginés Carrillo Carrillo, Mojácar.—Queda V. suscripto a esta Revista por el año 1916.
- D. Eladio Hellín Soriano, Javalí-viejo.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Miguel Ballesta, Alcantarilla.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. José Díaz Hernández, La Ñora.—Recibido el importe de su suscripción, por el año 1915.
- D. Agustín Fuster, Archena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Mariano Rodríguez, Archena.—Recibido el importe de su suscripción, por el año 1915.
- D. José Flores, Espinardo.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1915.
- D. Angel Gómez, Santomera.—Queda V. suscripto por el año 1916.

CONSULTA

→ DE ←

Enfermedades ≡
≡ **del PECHO**

A CARGO DE

D. J. A. Martínez Ladrón de Guevara

DEL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE MURCIA

Y DE LA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ESPECIALISTAS EN LAS
ENFERMEDADES DEL PECHO

Calle de Zoco

MURCIA



LABORATORIO
~ **GUILLAMÓN**

ANÁLISIS CLÍNICOS DE
ORINAS, ESPUTOS, SAN-
GRE, JUGO GÁSTRICO,
HECES, PUS, EXUDADOS,
LÍQUIDO CEFALO-RAQUI-
DEO, ETC. ETC. * * * *



REACCIONES DE WAS-
SERMANN, WIDAL, ETC.

PLAZA DE SAN AGUSTÍN
(LONJA), NÚM. 2

~ ~ ~ ~ **MURCIA**