

colorchecker CLASSIC

calibrite

100mm

GACETA MÉDICA DEL NORTE

MCMX

BILBAO

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL

MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

# GACETA MÉDICA DEL NORTE

SECCIONES DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

—  
MCMX  
—

**BILBAO**

GACETA MEDICA DEL NORTE

MEXICO

BILBAO

# Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ÓRGANO OFICIAL

DE LA

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Y DEL

COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

— — —  
AÑO 1910

BILBAO

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Librería de M. Fuentes.—Bidebarrieta, 9

Teléfono 1.148

# Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL

12

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ÓRGANO OFICIAL

La GACETA MÉDICA DEL NORTE, al entrar en el XVI año de su publicación, desea á todos sus favorecedores felicidades sin cuento.

AÑO 1910

BILBAO

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Librería de M. Fuentes - Ribabarria, 9

Teléfono 142

# Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XVI

Bilbao—Enero—1910

Núm. 181

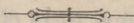
## DISCURSO DE APERTURA

de la

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

(CURSO DE 1909 Á 1910)

por su Presidente D. Adrián Unibaso



## Papel de los Sanatorios Marinos en la lucha contra la tuberculosis

SEÑORES ACADÉMICOS:

En otra ocasión al hablar de las Colonias escolares de vacaciones en la lucha anti-tuberculosa, decía el que ahora tiene el honor de dirigiros la palabra: «que la higiene infantil para ese cumplimiento pudiera dividirse en dos partes: *una preservativa*, Gouttes de Lait, ley Roussel, colonias escolares de vacaciones, etcétera, etcétera, y *otra curativa* sanatorios marítimos, de llanura, de altitud, dispensarios y hospitales», y en otra parte añadía: «habréis notado que al hablar de los niños que convienen á las distintas colonias, no he hablado de casos patológicos, no he dicho nada de lesiones tuberculosas ya existentes y que requieren una asistencia médica; no he hablado tampoco de procesos pulmonares, etc., que también requieren asistencia, y no he hablado, porque esos niños enfermos no encajan en el propósito de las colonias escolares de vacaciones, que, como su nombre lo dice, son de vacaciones, de juego, de actividad, de movimiento y que no

requieren una asistencia especialísima por parte del maestro que inmovilizaría el funcionamiento de la colonia»; y terminaba aquella parte diciendo: «de esta clase de niños habrá que hablar cuando se traten las demás cuestiones de la lucha antituberculosa.»

Y héme aquí, señores, dispuesto á tratar el principio de esa segunda parte, el de los Sanatorios marinos, dejando los demás Sanatorios de altitud y dispensarios para otra ocasión ó para que otro señor desarrolle este tema con más conocimientos de los que yo pueda aportar.

Claro está que casi todo de lo poco que dije al tratar de las colonias escolares, pudiera repetir, por ser perfectamente pertinente, ya que en las colonias escolares había que tratar de los diversos puntos que constituyen la base y el funcionamiento de este tratamiento higiénico cual es la *climatología*.

¿Qué es *climatología*? Designamos con este nombre el estudio de las condiciones atmosféricas de las diversas regiones del globo terráqueo, y por lo tanto *clima* es el conjunto de las condiciones meteorológicas en un punto dado de la superficie de la tierra.

El clima está determinado esencialmente por la influencia del sol sobre nuestra atmósfera, modificado no obstante por influencias locales de la superficie del terreno. Por consiguiente, aun cuando los fenómenos climatológicos se verifican principalmente en la atmósfera, son tan íntimas las relaciones entre ésta y la tierra (y respectivamente sus habitantes) y varían tanto según el grado de latitud, diferencias de nivel, relaciones del mar con las costas, dirección de las corrientes, etc., etc., que en sentido lato se habla del clima de los diversos continentes, montañas y llanuras, se habla del clima del campo, del clima del mar, etc. Y los múltiples estados y alteraciones de la atmósfera de un modo notable á nuestros órganos y que apreciamos con nuestros sentidos de un modo agradable ó desagradable, constituyen los factores climatológicos, tales son la temperatura, presión atmosférica, purezas ó impurezas del aire, humedad, lluvias, vientos, etcétera.

La climatología científica y principalmente la aplicada á la

medicina práctica para establecer tipos y grupos, se funda en el estudio de esos diversos factores metereológicos que vamos á bosquejar sacando las concretas consecuencias que al *clima marino* se refieran.

\*  
\* \*

**Temperatura.**—Es la circunstancia que se ha considerado como la más importante para la clasificación de los diversos climas en calientes, templados y fríos.

El aire atmosférico se calienta á expensas de la superficie de la tierra, la cual á su vez recibe el calor por los rayos de sol; sólo una proporción relativamente pequeña de los rayos solares es absorbida directamente por la atmósfera. Como la calefacción de la tierra y por consiguiente la del aire es tanto más intensa cuanto más perpendiculares caen sobre su superficie los rayos del sol, esto es, cuanto más alto se halla éste en el firmamento, la temperatura del aire durante el día va aumentando desde la salida del sol para alcanzar su máximo al mediodía, ó mejor (por la desviación de los rayos solares algo después del mediodía) desde entonces empieza á descender la temperatura del aire, porque la pérdida de calor que la tierra experimenta por irradiación, es mayor que su calefacción, y como por la noche no hay calefacción y sí irradiación, la temperatura va disminuyendo hasta la salida del sol, en cuyo momento alcanza su mínimo.

Pero este aumento y disminución de la temperatura en el día que se designa con el nombre de período diario de la temperatura atmosférica se modifica de muy distintas maneras y por diversas condiciones atmosféricas y telúricas.

La temperatura del aire del mar es mucho más uniforme que la de la tierra, lo cual es debido esencialmente á la influencia de la inmensa masa de agua del mar que se calienta con lentitud, pero que también se enfría muy lentamente en contraposición con la tierra que absorbe con rapidez los rayos caloríficos del sol, pero los devuelve también muy pronto á la atmósfera. La temperatura uniforme del agua del mar producida de este modo, se comunica á la atmósfera que se encuentra sobre ella, de modo que rara vez ó con menos frecuencia se observan cambios brus-



cos en su temperatura. Esta uniformidad es favorecida además por la acumulación de nubes en las costas que hacen menos intensas, tanto la calefacción como la refrigeración del aire. Además en los meses de verano la temperatura del aire de mar es notablemente más baja que la del de tierra, porque por la gran evaporación del agua en una superficie tan extensa, se pierde continuamente calor; y por otra parte la temperatura en el invierno nunca es tan fría en las costas como en los continentes.

\*  
\*\*

**Presión atmosférica.**—Es otro factor importantísimo por su gran diferenciación entre el montañoso (desde 1.200 pies) y el marino; todos sabemos el valor importante que tiene el peso de la atmósfera y la diferencia de ese peso á orillas del mar, que se traduce en 0,76 centésimas de la escala barométrica, cuya columna mercurial va disminuyendo un centímetro por cada 115 metros de elevación. Este factor, en unión del higrométrico, son acaso los más importantes que habrá de tenerse en cuenta cuando se pretenda tratar de los sanatorios de altitud.

La *Composición química del aire de mar* presenta la proporción constante del aire atmosférico de 21 volúmenes de oxígeno y 79 de nitrógeno por 100. Al considerar al aire del mar como extraordinariamente puro, no solo queremos indicar la falta de toda mezcla pulverulenta y de todo miasma, sino también la de todas las sustancias que no pueden definirse químicamente y se aprecian solo por el olfato y que hacen el aire pesado y malo. Es característica en el aire de mar como antes se ha dicho, su riqueza en vapor de agua, á consecuencia de la evaporación continua auxiliada por las corrientes de aire en una superficie tan extensa y su proporción en combinaciones de cloro y otras, no bien definidas químicamente.

Por lo tanto bajo el punto de vista químico, el aire de mar se caracteriza como un aire atmosférico muy puro, abundante en agua y en cloruro sodio y relativamente pobre en ácido carbónico.

El *movimiento del aire* en el mar y en la costa es muy intenso. Mientras en alta mar el aire que no encuentra obstáculo

en ninguna elevación del terreno circula con mucha intensidad, en las costas hay una renovación continua, y bastante regular entre el aire del mar y el de la tierra debido á su diferente temperatura. En efecto, como el mar y la atmósfera que sobre él se encuentra, según hemos indicado, ofrecen una temperatura muy uniforme, mientras que la de la tierra sufre rápidamente la influencia del sol, en ésta cuando empieza á hacerse notar por la mañana la insolación, el aire se calienta, esto es, se enrarece y necesariamente tiene lugar una aspiración del aire más denso del mar, esto es, resulta un viento de mar ó brisa; éste reina próximamente desde las nueve de la mañana hasta las cinco de la tarde; entonces en circunstancias normales se presenta una pausa de calma y se establece enseguida la relación inversa, la superficie de la tierra se enfría y el aire se hace más denso, aspirándole el aire de mar más enrarecido entonces y reina un viento de tierra hasta por la mañana y así sucesivamente. Esta alternativa entre el aire de tierra y el aire de mar se modifica, como es natural, cuando reinan grandes vientos.

De todo lo dicho resulta en resumen *que el aire de mar es un aire denso, muy puro y muy abundante en agua, de temperatura uniforme y suave y que se encuentra en movimiento casi continuo.*

Desde luego se comprende que la pureza casi absoluta del aire del mar ha de influir esencialmente sobre la respiración y los cambios moleculares, y si tenemos en cuenta que á pesar de la humedad relativamente alta del aire de mar que disminuye sus efectos excitantes, las corrientes intensas de aire favorecen por otra parte la eliminación del calor y humedad del cuerpo; tendremos expuesto todo cuanto se refiere á los distintos factores del aire marino,

\*  
\* \*

**Baños de mar.**—Este es otro asunto que con el anterior constituye el valor de los sanatorios marinos. La sumersión del cuerpo en el mar tomado metódicamente, es lo que llamamos baño marino.

En las propiedades del agua de mar debemos tener en cuenta

su composición química, su temperatura y su movimiento. Por su composición química representa el agua de mar una agua salina más ó menos concentrada.

Entre las sales que contiene predomina el cloruro de sodio; pero además se encuentra el cloruro magnésico, sulfato y carbonato de cal y de magnesia, bromo, iodo y vestigios de otros diversos elementos como potasio, hierro, manganeso, etc.

Respecto de la proporción de estos elementos, varía notablemente según los mares, aun también en distintas regiones del mismo mar y aun en este puede presentar esta proporción oscilaciones periódicas, según las corrientes, la mayor ó menor evaporación, etc. Si se tiene en cuenta que en estas sales predominan los cloruros y que las aguas cuya proporción de cloruros excede de 3 por 100, se consideran como salinas fuertes y como salinas moderadas aquellas en que esta proporción oscila entre 2 y 3 por 100, tendremos en las aguas de los mares las diversas graduaciones de las aguas salinas.

Respecto de la temperatura del agua de mar, es de notar que en una cantidad tan enorme y dada la mala conductibilidad del agua para el calor, se calienta, como antes hemos indicado, con mucha lentitud bajo la influencia del calor irradiado del sol, pero en cambio pierde con gran dificultad una vez adquirido. De aquí resulta que el baño de mar, en los meses de verano, tiene una temperatura verdaderamente baja, es algo más elevada en el Mediterráneo y menos en el Cantábrico. La temperatura media del agua de mar en verano, es en aquél de 22,5° á 27° c., y en este es de 20° á 23° c.

Otro factor del baño de mar es el *movimiento del agua*. Éste es de dos clases: flujo y reflujo (que falta en el Mediterráneo) y oleage.

Las diferencias en la acción del baño debidas al flujo y reflujo son menos importantes y pudieran sustituirse artificialmente; pero en cambio el oleage que arrastra constantemente hacia la playa las masas superficiales del agua separándole de las profundas, es muy importante. Por lo tanto el baño de mar representa *un baño salino más ó menos fuerte, según los mares, frío y con movimiento continuo.*

Ahora bien ¿cuáles son los efectos de este baño sobre el organismo humano? Ante todo se caracteriza el baño de mar como un medio más ó menos irritante de la piel, irritación que se manifiesta en los baños prolongados por la rubicundez y el eritema pruriginoso que á veces se presenta y que es debido tanto á su baja temperatura como á su movimiento y proporción de sales. No he de hablar nada de la acción irritante de la temperatura baja del baño sobre la piel y los órganos internos ni sobre las propiedades irritantes de los componentes minerales del agua, pues son asuntos que entrañan más bien al tratar de la hidrotapia en general y de los baños en esa misma forma; pero no puedo por menos de hablar haciendo algunas indicaciones puesto que es lo principalmente particularizar el baño de mar del *oleage*. Por el choque de la ola es contusionado el cuerpo del bañista y friccionado por los granos de arena que la ola arrastra consigo produciéndose de este modo una irritación notable de los nervios sensitivos que unida á la acción sobre los nervios vasculares, convierte muy pronto la primera sensación de frío del bañista en una sensación de calor agradable. Un resultado muy importante de la ola es el de que el cuerpo del bañista para resistir á su impulso y mantenerse derecho, necesita hacer esfuerzos musculares que constituyen una gimnasia activa. Por lo tanto el primer efecto del baño de mar es en parte la sustracción de calor y en parte la excitación de los nervios cutáneos por irritación térmica, mecánica y química.

Sobre la respiración obra el baño aumentando la frecuencia de las respiraciones mientras que disminuye algo la acción cardíaca para aumentar después de él y en el momento de una reacción franca. El baño de mar, además, despierta el apetito y produce en algunos un aumento rápido del peso del cuerpo, observación ya confirmada por Vizchow, pero en otros, no cabe duda que este aumento de peso no viene de manera tan inmediata y se hace necesario esperar al final del tratamiento y aun á semanas después. Según las investigaciones de Benecke, aumenta también la cantidad de úrea eliminada por la orina, aumento que será consecuencia del de la alimentación, disminuyendo por el contrario la del ácido úrico y fosfatos.

Podemos considerar, por lo tanto, al baño de mar como esencialmente tónico. Otros aspectos pudieran encontrarse en el baño de mar y en la estancia marina, pero á fin de no ser prolijo, omito de anotarlos.

¿Cuáles son las indicaciones del baño de mar? Estas indicaciones se comprenderán mejor estudiando antes las contraindicaciones.

Por la gran afición que muchos enfermos tienen á «tonificar-se», corren con frecuencia peligro de perjudicarse con un medio de tratamiento tan heróico (así podemos denominarlo) como los baños de mar, porque no debe olvidarse que esta acción tónica en el baño de mar se produce exclusivamente por una reacción del organismo contra irritaciones externas, bruscas y enérgicas; por lo tanto es preciso que el organismo se halle en disposición de reaccionar suficientemente contra esta irritación, exagerando las funciones de los órganos encargados de los cambios moleculares; en otro caso no hace más que favorecer la désasimilación y por consiguiente vienen la demacración y el decaimiento de fuerzas. Es de rigor, por tanto, que no debe existir afección alguna grave de los órganos de la digestión, de la circulación ni de la respiración, si se ha de producir la reacción saludable por aumento en el apetito y en la absorción, en los cambios moleculares y en la actividad de la circulación.

Por consiguiente hemos de considerar como contraindicaciones para el tratamiento por los baños de mar el catarro gástrico crónico, úlcera gástrica y duodenal, cánceres del estómago, afecciones del hígado, lesiones orgánicas del corazón, catarros bronquiales internos, procesos destructores de los pulmones y otras afecciones análogas. No obstante esto, podrán recomendarse la estancia en clima marino de algunos de esos enfermos siempre que otros factores coadyuven á su fin terapéutico.

Los baños de mar se hallan indicados en los estados de debilidad de origen más diverso. Entre ellos figura en los de primer término los de estados de depresión de la nutrición y de la actividad nerviosa y muscular que quedan á veces par largo tiempo después de las enfermedades agudas graves, (tifus, difteria, etcétera), estados que dependen ya de la anemia ó ya de una inerva-

ción deficientes de músculos ó de vísceras. El tratamiento prudente por los baños de mar empezando por tomarlos calientes, se halla indicado cuando se trata menos de una anemia marcada que de la depresión de la actividad del sistema nervioso. Se hallan indicados también estos baños en los estados de depresión física y moral que con tanta frecuencia se observan sin alteración orgánica profunda. Es un excelente tónico el baño de mar en los sujetos poco musculosos y que á consecuencia muchas veces de una predisposición hereditaria, son débiles y enfermos, sin tener, no obstante, ninguna seria afección. La llamada debilidad de la piel, esto es, la predisposición á los enfriamientos, se combate curtiendo la piel con todos los procedimientos hidroterápicos, pero especialmente con los baños de mar. Pero la indicación de los baños de mar donde se manifiesta, donde se hacen ostensibles sus efectos, es en las escrofulosis y lesiones óseas no siempre haciendo uso del agua del mar á su temperatura ordinaria, sino aprovechando la calefacción para algunas indicaciones.

Después de todo lo dicho, se hace necesario contestar aquí al lema que sirve de motivo á esta disertación. *Papel de los sanatorios marinos en la lucha contra la tuberculosis.*

En el comité internacional para la lucha contra la tuberculosis celebrada en Berlín del 18 al 26 de Octubre de 1902, el doctor Calmette (de Lila) decía al hablar de los dispensarios: «Estas obras cuya denominación más ordinariamente adoptada es la de «dispensarios antituberculosos» se han multiplicado, sobre todo desde hace dos años. No tienden á reemplazar al sanatorio, que debe ser mirado como el único instrumento eficaz para la curación de la tuberculosis.»

El Dr. Armaingaud, después de brillantes debates sobre los sanatorios marítimos para la cura de los niños débiles, raquítics, linfáticos, escrofulosos, candidatos á la tuberculosis, terminaba diciendo:

«1.º Cura casi siempre á los débiles, linfáticos, raquítics, ganglionares, etc.

2.º Cura en la mayor parte de los casos cuando se empieza pronto y se prolonga basiante, las lesiones óseas y articulares llamadas antes escrofulosas y reconocidas hoy como tuberculosas

3.º En unos y otros el tratamiento marítimo al reconstituirse la nutrición, contribuye á reparar y vencer la receptividad tuberculosa, restituye al organismo su resistencia á los ataques siempre inminentes del bacilo tuberculoso y transforma un terreno de cultivo en terreno refractario», y terminaba diciendo: «Acabo de citar hechos que no han sido todavía refutados por nadie. También prediré á la Conferencia Internacional (si es que su órgano admite que sean hechas declaraciones ó proposiciones) que vote la siguiente declaración..... Vista la importancia capital del tratamiento marítimo de los niños predispuestos á la tuberculosis, los gobiernos y los poderes públicos provinciales, departamentales y municipales, contribuirán eficazmente á la defensa contra la tuberculosis, favoreciendo el desarrollo de los Sanatorios marítimos y haciendo que se aprovechen de ellos el mayor número posible de niños pobres y de la clase obrera.»

Pero nada más hermoso que el informe presentado (y adoptado) al Consejo superior de la Asistencia pública en Francia el 31 de Mayo de 1900, y que no puedo sustraerme de daros á conocer aun cuando sea en su primera parte. Dice así:

«Vosotros me habéis encargado de presentaros un informe sobre los sanatorios marinos para la curación de niños pobres afectados de escrófulas y tuberculosis locales. En la lucha contra la tuberculosis que el gobierno quiere resueltamente emprender, el tratado marino tiene un papel especial que llenar y los servicios que él ha prestado y los que está llamado á prestar si los poderes públicos quieren ayudarle más que lo que han hecho hasta el presente, son tan fáciles á poner en claro, que mi tarea es de las más descansadas.

Consiste simplemente en responder á las tres preguntas siguientes:

1.ª ¿Cuál es la función especial de los Sanatorios marinos en la defensa contra la tuberculosis?

2.ª ¿Qué nos resta por hacer, y sobre todo, cuáles son las medidas que nosotros debemós proponer al gobierno para que estas útiles instituciones consigan completamente su fin?

3.ª ¿Qué hemos hecho en Francia para utilizar los poderosos recursos que nos da la talasoterapia?»

Dejando de tratar del objeto de estas dos últimas preguntas, vamos á transcribir su respuesta á la primera.

«Un Sanatorio marítimo es un establecimiento especial donde se curan por una permanencia prolongada en la atmósfera marina, ayudado ó no por la balneación, según las indicaciones, los niños contaminados de linfatismo, raquitismo, debilidad de constitución, y en fin, los pequeños escrofulosos.

Está establecido desde hace largo tiempo que una gran parte de tuberculosis pulmonal que se declaran en la adolescencia y en la edad madura; tienen su origen primitivo en las debilidades constitucionales no curadas en la infancia. Que se les llame linfatisimos, miseria fisiológica ó debilidad nativa, estas disposiciones mórbidas tienen todas por efecto disminuir las resistencias del organismo á los ataques siempre inminentes del bacilus tuberculoso y prepararles un terreno de cultura eminentemente fértil. Curar estas enfermedades en el niño, es por consiguiente tener el mayor número de probabilidades de preservarle de la tuberculosis pulmonal para el resto de su vida, agotando así su único origen, pues estos son, desgraciadamente, múltiples, pero sí el más primordial y el más accesible á nuestra acción. Pero el tratamiento marítimo hace más aún (no digo mejor) en la escrófula del niño, pues no cabe duda que en la mayoría de las lesiones que caracterizan la escrófula, son lesiones tuberculosas de suerte que curando por el tratamiento marítimo las adenitis secas ó supuradas, los tumores blancos, coxalgias, osteitis llamadas lesiones escrofulosas, nosotros curamos la tuberculosis sin saberlo.

Estos no son, es cierto, sino tuberculosis atenuadas cuyos resultados son menos abundantes y menos virulentos que los de la tuberculosis pulmonar y las tuberculosis viscerales en general; pero la observación nos había demostrado que la escrófula y por consiguiente las tuberculosis locales y atenuadas, una vez curadas, el enfermo está casi siempre preservado para el porvenir de la tuberculosis pulmonal, á tal punto, que raramente se encuentran entre los tísicos individuos con cicatrices enteramente curadas de tuberculosis. Cualquiera que sea la teoría propuesta para explicarlo, el hecho es cierto; la curación de la escrófula en los



niños reduce en enormes proporciones las rebajas de la tuberculosis pulmonal en la edad adolescente y la edad madura. Añadamos que la herencia ejerce gran influencia en el génesis de la escrófula, creando una predisposición especial y así resultará que curar un escrofuloso es salvar toda una descendencia; curar mil escrofulosos es preparar varios regimientos para la defensa del país; curar diez mil, es dotar á la Francia de todo un cuerpo de ejército. Yo no hablaría con tanta confianza sino hubiese visto durante largos años numerosos pensionistas del Sanatorio de Archachón, curados de la tuberculosis local, volver después de algunos años de su salida con uniforme de soldado cumpliendo valiente y alegremente su servicio militar; algunos casados y padres de uno y dos preciosos niños indemnes de toda señal patológica; si aun los médicos de todos los demás Sanatorios marítimos no pudieran certificar que ellos son diariamente testigos de estos triunfantes éxitos, si en fin, el acuerdo no fuese unánime como lo proclamaban las recientes declaraciones de la Academia de Medicina.

Apenas hace un año el Ministro del Interior, habiendo preguntado á la sabia Asamblea cuales son las enfermedades para las cuales la permanencia en las orillas del mar constituye el mejor tratamiento, la Academia dirigía al Gobierno, después de un voto unánime, la respuesta siguiente: «Todo el mundo está conforme sobre este punto: el raquitismo, la escrófula, la mayor parte de las manifestaciones de la tuberculosis, sobre todo durante la niñez y adolescencia, se curan á orillas del mar. No se trata de una cuestión dudosa, sino de una especie de dogma que está por encima de toda contradicción y que se apoya sobre una experiencia constante y nunca desmentida. Esta unanimidad, yo lo repito, tiene su explicación y su justificación en los éxitos diariamente probados en los Sanatorios marinos diseminados sobre las costas de Francia al Norte como al Mediodía sobre el Mediterráneo como sobre el Occéano. La gran mayoría de los jóvenes asistido en estos Sanatorios, curó, si la permanencia fué suficientemente prolongada y proporcionada en su duración á la gravedad de la lesión.»

Esto que se dice en la primera parte de este informe, es tan

científico, tan verdad, que no hay seguramente quien negaría su firma al pie del mismo. Todos, absolutamente todos los que profesamos la carrera médica, estamos convencidos de que el mejor, por no decir el único tratamiento del linfatismo, escrófula, lesiones tuberculosas de los huesos, etc., etc., es el tratamiento marino, por los aires del mar, por la balneación en sus diferentes formas, ayudado por una buena alimentación, por una buena é higiénica gimnasia, sin olvidar en ocasiones la acción bienhechora de los productos medicamentosos y de procedimientos quirúrgicos que vengan á aunarse al efecto sobresaliente del sanatorio marino. Todas ó casi todas las naciones europeas han comprendido bien claramente la suma eficacia de estos establecimientos y han ido dotándose de gran número de ellos, donde se atiende perfectamente á los ingresados, consiguiendo hacer de un terreno pobre, débil y sujeto á sufrimientos, un terreno rico, fuerte y capaz de resistir á los ataques de la enfermedad.

España con sus grandes costas y hermosísimas playas, no ha seguido, sin embargo, el mismo camino de las demás, y si gracias al constante y noble entusiasmo del distinguido médico Dr. Tola Latoure se ha constituido el Sanatorio de Chipiona (Cádiz) es bien sabido que la obra filantrópica hace tiempo comenzada del tratamiento de los niños pobres escrofulosos y ráquíticos, no es tan extenso como debiera ser por falta de capital para su ampliación, sostenimiento y desarrollo, y así continuará á pesar de las buenas intenciones de muchos corazones que por sí solos no pueden sobrellevar los gastos que el sanatorio proporciona. Hora es ya que los Gobiernos que nos rigen, se percaten y lleguen á comprender los numerosos beneficios de una ley que demuestre la conveniencia de la multiplicidad de estas instituciones y contribuyan á su sostenimiento por cuenta absoluta ó por subvención importante del estado.

Pero esto tarde ó nunca llegará en esta Nación, donde los intereses generales se postergan á los intereses particulares y políticos. De todos es conocida la loable campaña del Dr. Moliner en la prensa, en la tribuna pública, para arbitrar recursos á fin de propagar edificaciones de la misma índole higiénica y curativa á fin de que encuentren cabida esos pobres enfermos afectados de

lesiones tuberculosas de pulmón, que en buenas condiciones de aire, luz y alimentación, habrían de curarse muchos y mejorar todos.

Lástima, señores, que en una provincia como la de Vizcaya, rica, humanitaria y donde existen numerosas y lindas playas que baña el Cantábrico, no se hayan puesto de acuerdo ese sentimiento y esa riqueza para instituir uno ó varios Sanatorios permanentes.

Nuestro querido compañero Sr. Larrínaga, presentó en el mes de Junio pasado á la Excm. Diputación de esta provincia, una Memoria, vistas y planos que tiendan á fundar en Vizcaya un Sanatorio marino que realice la acción preventiva y eficaz.

Todas las manifestaciones concuerdan que dicho proyecto convertido en moción, fué muy bien acogido, con un voto de gracias para dicho señor y para los Sres. Areilza y Llano, encargados de escribir el prólogo del trabajo.

Hago votos porque el resultado que se han propuesto estos señores sea efectivo cuanto antes y podamos felicitar á la Diputación que convierta en hechos los proyectos de nuestros queridos compañeros.

La extensa, hermosa y bien orientada playa de Gorliz, parece haber sido el punto que por selección se ha escogido entre las demás de la provincia; en este punto como en todo lo demás, estimo que nuestros dignos y queridos compañeros, han estado acertadísimos; permítaseme, por lo tanto, que desde este lugar de la Presidencia les aplauda con entusiasmo.

Porque triste es que la divisa de la *doble Cruz Roja* adoptada como insignia de estas instituciones benéficas, no ondee en este país, insignias que al aceptarse como tales, llevan envuelta aquellas hermosas palabras con que fueron presentadas. «A la lucha en común emprendida por la Beneficencia pública y privada en contra de la tuberculosis le falta un estandarte.»

Es preciso un signo de contraseña que permita lo mismo á los soldados que á los jefes de esta pacífica cruzada reconocerse y contarse. Nuestro comité extiende sus ramificaciones al seno de todos los pueblos, y sus numerosas obras de socorro, bien agrupados en federaciones ó bien aisladas en los diferentes pun-

tos de los distintos países, se han impuesto la tarea de levantar los heridos de los diarios combates económicos.

Lanzados á la conquista del pan, siempre enfrente de las dificultades de la vida material, son numerosos los desgraciados que caen desfallecidos, heridos por la tuberculosis en plena vida productiva. Numerosas son las familias víctimas de rechazo del terrible azote. Es preciso que nuestra insignia, flotando por encima de las fronteras, emblema de la solidaridad de los pueblos enfrente de la enfermedad y de la muerte, venga á traer consuelo y ayuda á los unos y á dar á los otros esperanza.

Señores: adoptar «la doble Cruz Roja» marcada en la esquina del pabellón nacional; esa insignia es sencilla; nos servirá en todas partes de lazo de unión. Y si nos es difícil venir todos los años á Berlín, por lo menos los ausentes podrán encontrarse en los diferentes Congresos, reunirse, deliberar y someter después el resultado de sus estudios filantrópicos ó científicos á la reunión anual del Comité Internacional. Su doble Cruz Roja, signo de paz y de armonía fraternal, diseminará por el mundo nuestra activa propaganda, la desenvolverá y fortificará nuestra acción. Ella será un paso más hacia una amistad recíproca y hacia la paz universal.

Como la Cruz Roja de Ginebra, que tiene la utilidad de recordar inolvidables servicios, la doble Cruz Roja, símbolo pacífico, vendrá á su hora á repetir á los hombres que todos son hermanos y que á su interés común, como también su primero y estricto deber es el dedicarse á aquellos de entre ellos que sufren. Señores: aquí está el Estado Mayor del ejército antituberculoso; vuestras cortes están llenas de celo y de alegría; escoged la bandera de nuestra solemne alianza bajo cuyos pliegues vais á continuar gastando vuestra bienhechora energía.

Marcad con ella las conquistas que hagáis cada día y vuestra marcha por el mundo será una marcha triunfal que detendrá poco á poco, la invasión de la enfermedad que nos diezman: Una marcha triunfal que secará las lágrimas de la humanidad herida, sin jamás hacerlas correr.»

He dicho.

ADRIÁN DE UNIBASO.

## REVISTA EXTRANJERA

**El riñón flotante, por el Dr. Agneaux.**—La dislocación del riñón es una de las alteraciones patológicas más frecuentes de lo que se cree ordinariamente, sobre todo en las grandes poblaciones, donde abundan tipos débiles y degenerados.

En igualdad de condiciones, las mujeres la padecen, en unión ó separadamente con la enteroptosis de Glenard, más que los hombres. Los embarazos múltiples y el uso de corsés exagerados ciñendo demasiado el talle, contribuyen poderosamente á su desarrollo. Este aparato de elegancia ha llegado á causar el 20 % de casos entre las parisienses. Hoy, que le ha sustituido en la forma el corsé recto y el de red apretado moderadamente, es de esperar no cause tantos disgustos entre las mujeres.

Esta enfermedad de la cual parece que se ha dicho cuanto se puede decir, se halla, sin embargo, envuelta en misterios y nebulosidades, como quiera que si bien se conocen sus síntomas, hay muchos casos tan variados y raros, que dan lugar á grandes confusiones en el diagnóstico, sobre todo, si dominan los de carácter nervioso hallándose oscurecidos los locales.

Lo propio ocurre con las teorías encargadas de interpretar los accidentes y de aquí la versatilidad al instituir un tratamiento racional.

Para muchos médicos el riñón móvil es un complemento de la enteroptosis y no obstante en la práctica se observa que puede existir solo ó bien persiste después de fijada en su sitio la masa intestinal, en el caso de coexistencia.

En la apreciación de los variados síntomas que engendra el riñón flotante, goza de gran favor la suposición de que éste determina un trastorno considerable en la función eliminadora de la orina, porque el descenso del órgano ocasiona un acodamiento excretor, y de ahí, la intoxicación del organismo.

Los dolores locales los explican por el estado congestivo del riñón.

En prueba de la realidad de esta observación, añaden, que cuando la dislocación se exagera el acodamiento aumenta, los fenómenos se agravan, el volumen del riñón crece y la pelvis del mismo se distiende, originando la hidronefrosis. Para ellos, cuando ésta tiene el carácter de intermitente, es, á no dudar, debida al riñón flotante, consecuencia tardía del riñón movable. Todas estas explicaciones se ve que descansan en una base anatómica muy seductora, pero de ninguna manera sobre una observación clínica.

La hidronefrosis intermitente no cuenta un solo caso bien apreciado en que haya sido la consecuencia de un riñón movable, preexistiendo éste. Solamente después de haberse hecho cargo del desarrollo del riñón, se le ha supuesto una movilidad anterior; esto es todo.

Además, el riñón movable es una enfermedad muy común y la hidronefrosis intermitente es rara. El primero es frecuente en el lado derecho y la otra lo mismo afecta ambos lados, aunque algunos dicen haberla observado más número de veces en el izquierdo.

En fin, cosa singular: mientras que los fenómenos nerviosos dominan en el riñón movable, aunque su dislocación sea poco acentuada por la enorme deformidad que causa la hidronefrosis intermitente, los accidentes nerviosos son muy raros y en cambio dominan los fenómenos de septicidad, supuración é intoxicación urinosa.

Ahora bien, la clínica, distinguiendo ambas afecciones, da otra interpretación á los accidentes debidos á la distensión y congestión renales.

Los fenómenos nerviosos, de una extrema irregularidad y variación, son incompatibles con el fenómeno simple y constante de la retención renal: los de distensión y de reabsorción urinaria que debieran tener cierta uniformidad.

Aquí se encuentra de todo; desde los dolores vagos, accidentes neurasténicos, alteraciones profundas en las funciones digestivas y nutritivas, hasta la locura caracterizada, según investigaciones del Dr. Suckling, de Birmingham.

Hace ya bastante tiempo que el Dr. Championnière viene sosteniendo que tanto la génesis como la patología del riñón flotante, son más difíciles y complicadas de lo que ordinariamente se cree. Por una parte, se ve que se hallan ligadas á una debilidad general en los medios de unión y sostén de las vísceras, y de otra, á trastornos químico-fisiológicos dependientes de una defectuosa circulación.

Llama la atención que los accidentes debidos á la dislocación del riñón no son proporcionales al grado que ésta alcance, lo cual tendría lugar si fueran causados por el acodamiento del uréter. Hay riñones que apesar de su gran desviación, no acusan muchos síntomas y á veces son nulos.

Existen individuos en los que el riñón dislocado es asiento de un dolor violento y otros por la palpación apenas sienten molestia importante, y, sin embargo, éstos no dejan de ser enfermos de cuidado.

Los accidentes del riñón flotante son extraordinariamente variados y se asemejan en ocasiones á los de las neuritis y los que se desarrollan en las lesiones graves de los centros y cordones nerviosos.

Se manifiestan todas formas de dolores lejos del riñón, vómitos y eutero-colitis.

La excitabilidad nerviosa está caracterizada por una extraordinaria exageración de los reflejos rotulianos; muchos observadores han encontrado alteraciones psíquicas.

Lo que ofrece de notable esta afección es, cualquiera que sea la intensidad de los síntomas, que la operación de fijar el riñón resulta una prueba experimental, desapareciendo toda molestia. Unas veces tiene esto lugar casi inmediatamente, y otras, en que el enfermo tiene muy alterado el sistema nervioso, tarda más la curación.

Es un hecho de fácil comprobación el que el riñón al dislocarse no arrastra tras sí las cápsulas suprarrenales, quedando solamente

unido á ellas por tractus fibrocelulares de forma y consistencia variables. Estos medios de unión, hay que confesar que son mal conocidos y sin embargo tienen una gran importancia en buen número de enfermos, por cuanto por sí solos pueden ser la causa de todas las molestias sufridas.

En efecto, estas cápsulas suprarrenales están inmóviles en su sitio anatómico y podemos concebir el que el riñón está, según las disposiciones orgánicas, más ó menos suspendido de la substancia que las constituye y de aquí la infinidad de variedades de tracciones ó estiramientos que suelen sufrir, dando lugar á síntomas diversos en cantidad y calidad.

Ahora bien: hasta hace una veintena de años estos órganos, al igual del cuerpo tiroides y otras glándulas, carecían de función conocida, pero modernamente se les asigna un papel importante en la nutrición. La histología y fisiología han demostrado que la constitución de la cápsula suprarrenal es esencialmente la de un órgano de gran riqueza en elementos nerviosos en conexión con una red nerviosa de gran importancia.

Fundado en estos hechos el Dr. Championnier, emite la hipótesis de hacer responsables á las tracciones que sufre en la dislocación del riñón de los síntomas que la acompañan, rechazando por falsa la que asigna al acodamiento ureteral dichas alteraciones, como quiera que ni la cantidad ni la calidad de la orina acusan nada de particular en los enfermos. Por tanto, el tratamiento del riñón flotante debe basarse en su fijación por medio de un acto quirúrgico, único medio racional.

Esta operación no goza de gran reputación, sin embargo, entre los médicos, porque no la aprecian en su justo valor y los resultados nulos que han visto por insuficiencia de una técnica verdadera y segura unos, y por juzgar, otros, un imposible el que una enfermedad dependiente de una gran debilidad y relajación de todas las vísceras pueda curarse con una simple suspensión del riñón hecha con débiles medios.

Los fracasos que han ocurrido usando de la operación han dependido de una mala dirección técnica, bien por su simpleza ó complicación, bien á consecuencia de los medios de asepsia y sujeción del órgano.

La verdadera operación consiste en avivar suficientemente la substancia renal, pasando por ella, por lo menos, *tres hilos dobles de catgut grueso* y elegir el polo inferior del órgano.

Fijando estas asas de catgut sobre las partes músculo-fibrosas lo más alto posible, se obtiene la sujeción del riñón de una manera sólida por seis hilos que dan tiempo para que las adherencias queden establecidas. Seguidamente se verifica la sutura de los planos músculo-aponeuróticos y se establece el drenaje de las partes adyacentes que impidan el hematoma y la sufusión sanguínea.

El Dr. Albarrán, sin embargo, opina que los hilos de sostenimiento no deben atravesar la substancia renal, para evitar la formación de islotes escleróticos alrededor de los puntos por ellos perforados.

A su juicio, el operador no debe fijar el riñón en lugar alto, por

temor á la anteversión del órgano causada por la presión del hígado. Es necesario colocarlo muy cerca de su sitio natural, pero sin violencia alguna y los codos ureterales habrán de ser buscados y corregidos.

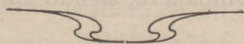
Descortezadas y partidas las adherencias, bastará practicar una incisión entre el parenquima y la cápsula. Los bordes de ésta serán desprendidos de ambos lados con pinzas y seccionados en su parte media, á fin de que resulten cuatro trozos de cápsula ligados entre sí y fijados después á la duodécima costilla por medio de hilos.

Ahora bien: ¿cuál de los dos medios da más garantías de seguridad en la posición del órgano urinario? Indudablemente el primero, si bien hay que confesar el que disminuye algo la superficie útil del riñón con las pequeñas esclerosis que ocasiona, hecho que no tiene lugar en el procedimiento del Dr. Albarrán.

Después de todo, este defecto no tiene gran importancia, porque, en general, no hay que intervenir en ambos riñones á la vez y la disminución de función es fácilmente suplida por el que está en estado normal.

La fijación del riñón es, pues, un excelente medio que clínicamente comprueba la hipótesis del Dr. L. Championnier sobre la patogenia del riñón flotante ó dislocado y debemos aconsejarla, sin asustarnos del cuadro nervioso y nutritivo alarmantes que ofrecen algunos enfermos.

DR. IGNUUS.





## Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

*Sesión extraordinaria celebrada el día 5 de Noviembre de 1909*

El Secretario General dió lectura de los presupuestos del próximo año académico, quedando aprobados.

Seguidamente se procedió á la elección de la mitad de la Junta, correspondiendo, según lo especifica el Reglamento, y siendo el año impar la designación de Presidente, Vicepresidente y dos Vocales, recayendo los nombramientos en los Sres. Entrecanales para Presidente, Diaz Empananza para Vicepresidente y Alberca y Camiña para Vocales, quedando constituida la Junta de Gobierno para el próximo curso de la manera siguiente:

*Presidente:* D. José Entrecanales.

*Vicepresidente:* D. Cesárco Díaz y Empananza.

*Bibliotecario:* D. Pedro Alonso y Viilla.

*Secretario General:* D. Carlos Mendaza.

*Secretario de actas:* D. Carmelo Gil é Iburgüengoitia.

*Vocales:* D. Alfredo Delgado.—D. Enrique López de la Alberca.—D. Ramón Camiña.

El Sr. Unibaso propuso que una comisión de la Academia pasara á casa del académico D. Carmelo Gil y Gorroño, gravemente enfermo á la sazón, á testimoniárle su cariño y simpatía y á demostrarle el respeto y consideración que siempre le ha merecido tan distinguido compañero, siendo aprobada dicha proposición por unanimidad.

La Academia acordó también dar un expresivo voto de gracias al Presidente saliente por su acierto en su cargo.

El Secretario General,  
C. MENDAZA.

*Sesión celebrada el día 12 de Noviembre de 1909*

Preside el Sr. Entrecanales

Asisten los Sres. Orive (M.), Albercá, Camiruaga, Alonso, López, Martín, Esparza, Delgado, Camiña, Díaz, Landin, Bolívar, Somonte y Otaola.

**Sr. Entrecanales.**—No necesito expresaros mi agradecimiento por el honor que me habeis otorgado al elevarme al cargo de la Presidencia de esta Academia. Tampoco necesito deciros, que á falta de merecimiento alguno que justifique la confianza con que me habeis distinguido, pondré toda mi voluntad en corresponder á ella, procurando con el mayor entusiasmo imitar, ya que no pueda igualar á los que me han precedido en este digno puesto.

Pero me habeis de permitir que me lamente de las circunstancias críticas en que vengo á ocupar esta Presidencia. Llego á ella cuando la Academia, cuya vida viene languideciendo estos últimos años, acaba de recibir un golpe fatal, cuando una grave enfermedad nos priva del insustituible concurso de nuestro querido compañero el Sr. D. Carmelo Gil, el alma de este centro de cultura y su principal sostenedor durante estos últimos años.

Todos sabeis como yo cuán grande fué siempre el entusiasmo del Sr. Gil por el engrandecimiento de esta Academia, que era su mayor ilusión, la primera obligación de la semana, á la que no faltara nunca á pesar del trabajo incesante y abrumador que pesaba sobre él.

Siempre disponía de la hora y media semanal para acudir á las sesiones, lo que parece asombroso en un hombre que tenía todas las horas acupadas, si no se explicara por el inmenso cariño que profesaba á la Academia, hasta el punto de haberle oído todos decir muchas veces, cuando se lamentaba de nuestra escasa asistencia, que mientras asistiera un solo académico asistiría él á la Academia y consumiría hablando la hora y media para que no se suspendiera la sesión.

Porque bien sabeis, señores, que el Sr. Gil, además de su puntual asistencia ha sido estos últimos años el constante mantenedor de todas las discusiones, el que presentaba casos clínicos en todas las sesiones y discutía todos los asuntos que aquí se debatían, demostrando siempre una experiencia vastísima y un espíritu de observación admirable.

Todos recordaréis la zozobra que se apoderaba de nosotros el viernes en que se retrasaba el Sr. Gil; todos, sin decirnos nada, nos preguntábamos lo que iba á pasar sin su presencia; te-

míamos que habría que levantar la sesión. Y si esto ocurrió algún día, ¿qué no va á ocurrir en este curso que probablemente no tendremos la suerte de tenerle entre nosotros? No extrañaréis que tiemble por la vida de la Academia, á no ser que una evolución favorable de su padecimiento, por la que hago fervientes votos, conserve con la menor merma las facultades de su prodigiosa naturaleza, para tener entonces la inmensa satisfacción de verle en ese banco, porque tengo la seguridad que lo primero que haría el Sr. Gil, siempre que lo permitiera el tratamiento, sería asistir á la Academia, aunque dejara todo lo demás.

Mientras tanto, señores, ya que no podamos suplir el celo incomparable del Sr. Gil por la Academia, procuremos siquiera imitarle con una asistencia asídua, siempre dispuestos á someter al criterio de nuestros compañeros el caudal de nuestra práctica profesional, sin temor á vulgaridades, que nada hay vulgar en la ciencia y lo más sencillo en apariencia envuelve á veces un intrincado problema; sin miedo á dificultades de oratoria que aquí no hace falta para nada, pues la oratoria entre nosotros debe reducirse á una conversación amistosa, como cuando cambiamos impresiones en la calle.

No esperéis nunca para presentar un caso clínico á que éste sea notable y excepcional, porque estos casos tardan en llegar y enseñan menos que otros que encontramos frecuentemente en la práctica; además que ese afán de novedad es muy peligroso y ha perjudicado mucho á la Academia.

Debemos hacer cuestión de amor propio el sostenimiento de este centro de cultura, considerándole como una remembranza de la Facultad, acordarnos de cuando nos podían preguntar en clase, estudiando todo cuanto aquí se discute lo mismo que si fuéramos á cátedra, haciendo, en una palabra, un repaso de muchas ideas que constantemente van desapareciendo de nuestro cerebro por falta de tiempo para recordarlas ó por no tener ocasión de aplicarlas en la práctica.

Yo, por mi parte, puedo asegurar que he aprendido en esta Academia mucho que no hubiera tenido tiempo de estudiar.

No dudo pues, señores, que todos cooperaréis con vuestro esfuerzo á que la vida de esta Academia sea todo lo próspera y

brillante que es de esperar de vuestra elevada cultura y entusiasmo por la profesión. ¡¡Que no pasemos por la amargura de verla morir por nosotros!! He dicho.

A continuación se entra en la discusión de casos prácticos.

**El Sr. Camiña.**—Presenta uno de retención completa sin obstáculo mecánico.

Otro de Uretrorragia á los cuatro días de una dilatación mecánica.

*Retención completa sin obstáculo mecánico.*—Señores Académicos, se trata de un hombre de 44 años de edad, soltero, que ni en sus antecedentes hereditarios ni personales puede encontrarse síntoma alguno de enfermedades nerviosas, sifilíticas, tuberculosas ni alcoholismo.

Respecto de sus antecedentes urinarios, no ha padecido incontinencia nocturna ni blenorragia alguna, ni micciones frecuentes ni imperiosas, ni polakiuria nocturna ni diurna; en una palabra, no se encuentra en el interrogatorio ningún antecedente urinario.

Sin causa alguna ocasional, tal como exceso de bebidas, coito exagerado, etc., etc., experimentó una retención de orina completa, que requirió la presencia de un Médico, el cual pudo evacuar la vejiga con una sonda cónico olivar número 9, y diagnóstico de retención de orina consecutiva á un cálculo uretral, proponiendo al enfermo la intervención quirúrgica por la vía perineal.

Al siguiente día presentóse en mi consulta con retención completa, é interrogado si había expulsado alguna piedra por la uretra desde la visita del Médico á el momento de mi reconocimiento, contestó negativamente, haciendo constar que tenía seguridad en su afirmación; pues se había observado cuidadosamente.

Reconocida la uretra por el tacto en toda su longitud y mediante el tacto rectal, no pude encontrar dureza alguna ni provocar dolor en punto determinado de su uretra tanto en la parte anterior como posterior y procedí al examen de la próstata, que no tenía absolutamente nada de anormal, tanto respecto á su volumen que solo se hallaba un poco aumentado, de volu-

men igual en sus dos lóbulos, aumento proporcional á la edad del sujeto, ni nada de anormal respecto á la superficie, consistencia, sensibilidad, etc., etc.

Vexículas seminales, normales.

Testículos normales.

Reconocí la uretra con el explorador de bola de Guyon, número 22 Charriere, y sin provocar dolor ni espasmo alguno, recorrió perfectamente toda su longitud desde el meato á la vejiga, y tanto á la introducción como al sacar la sonda no percibí sensación de cálculo y adquirí el convencimiento de que la uretra prostática no se hallaba alargada ni existían desviaciones de ningún género; inmediatamente procedí á la evacuación de la retención, que databa de 12 horas, dando salida lentamente y sin fuerza alguna de proyección al contenido vexical, no obstante el grueso calibre interior de la sonda, número 21 Charriere, que se empleó.

La orina, limpia y sin albúmina.

La cantidad evacuada, 1 200 gramos.

Al siguiente día procedía al examen cistoscópico de la vejiga; al efectuar el lavado vexical preliminar pude notar que la vejiga reaccionaba muy poco á la distension producida por el líquido del lavado.

La introducción del Cistoscopio Nitzé número 1, calibre entre 22 y 23 Charriere, se efectuó sin dificultad alguna y sin experimentar sensación alguna digna de tenerse en cuenta al paso por la uretra.

El examen cistoscópico demostró:

- 1.º Ausencia de cálculo vexical.
- 2.º Mucosa vexical de color más amarillo sucio que de ordinario, no apreciándose bien los vasos.
- 3.º Vejiga en columnas; pero lo especial de las columnas consistía en su gran irregularidad tanto en su forma como en su distribución; respecto á su forma carecían de la elegancia de los contornos de las columnas típicas de los prostáticos hipertrofiados, en una misma columna se apreciaban variaciones grandes de su grosor como si en un punto existieran nódulos superpuestos ó hipertrofias parciales y localizadas á un punto de la columna, con color variable desde el amarillo pálido al rojo sucio.

Respecto á su distribución tampoco presentaba la uniformidad de las columnas de los casos de hipertrofia prostática, existiendo en nuestro enfermo islotes de vejiga en que las indicadas columnas eran manifiestas y numerosas y contiguas con dichos islotes de columna hipertrofiada existían islotes de vejiga en los cuales no se apreciaban los más insignificantes detalles de columnas.

En la pared inferior ó trigono vexical, y estudiando éste de delante hacia atrás, se apreciaban de derecha á izquierda tres pliegues longitudinales paralelos, entre sí, que comenzando en las paredes laterales derechas, terminaban en las paredes laterales izquierdas; cada pliegue tenía la anchura de un través de dedo, y su elevación pequeña de medio centímetro; el pliegue posterior terminaba en sus dos extremidades laterales por dos ensanchamientos poco voluminosos que terminaban insensiblemente en las paredes laterales; en el borde posterior de este pliegue se apreciaban perfectamente los dos orificios uretrales que se hallaban normales; la superficie de estos pliegues era algo más oscura y sin señales de hipertrofia muscular, no existía bajo fondo y la distancia del cuello á la superficie del pliegue más próximo al cuello sería de uno y medio á dos centímetros en el momento del examen y con 100 centigramos de líquido en la vejiga.

El enfermo ha continuado con la retención completa y obli-gado á sondarse varias veces al día.

La ausencia de los antecedentes hereditarios y personales que dejamos indicados; la edad de 44 años, es decir, relativamente joven para explicar las lesiones descritas de su vejiga; la falta de enfermedades urinarias anteriores, el modo brusco de instalarse la retención completa; la ausencia de obstáculo uretral y espasmo, el no existir desviaciones de la uretra.

Las lesiones descritas en su vejiga y el no existir en ésta obstáculo mecánico alguno á la emisión de la orina hacen de nuestro enfermo un caso digno de estudio y que á nuestro juicio corresponde á los casos de Retención completa sin obstáculo mecánico.

*Uretrorragia á los cuatro días de una dilatación metálica.*

Se trata de un hombre de 30 años de edad, blenorragico an-

tiguo, con localizaciones blenorragicas en la uretra anterior, posterior y próstata; con dos estrecheces del mismo origen, situadas una en la parte media de la porción peneana y otra en la region bulbar, de calibre 16 y 14 charriere respectivamente. Se comenzó por dilatar la uretra, consiguiendo efectuarlo hasta el número 60 Beniqué, pero teniendo que ausentarme de Bilbao por una veintena de días, quedó el enfermo sin tratamiento durante este tiempo; á mi regreso encontré que las estrecheces habían disminuído nuevamente de calibre, teniendo en dicha época igual calibre que antes de la dilatación; otra vez se comenzó la dilatación y se llegó con gran facilidad y sin contratiempo alguno al número 60 Beniqué, sin que en el día que se introdujo ese número experimentara el enfermo dolor ni la más ligera hemorragia, ni durante los tres días siguientes, al cabo de los cuales, ó sea al cuarto día de la última dilatación, se presentó fuerte uretrorragia de la uretra anterior.

Coloqué una gruesa sonda boquilla número 23 charriere y pasado cierto tiempo, en lugar de disminuir la uretrorragia, aumentó considerablemente; se efectuó una inyección de Ergotina, y no obstante la uretrorragia continuaba con gran intensidad; sacada la sonda permanente se efectuó una inyección de Adrenalina al 1 por 1.000, 10 c. c., que se retuvo en la uretra durante diez minutos; la uretrorragia continuaba con igual intensidad, se efectuó la compresión de la uretra por medio de una venda de un centímetro de ancha, teniendo cuidado previamente de estirar fuertemente del pene para reducir su diámetro y se comenzó á vendar desde la punta del pene hasta su raíz, lo más fuertemente posible; mediante esta compresión la hemorragia cesó. En el caso presente solo merece considerarse la época tardía en que se presentó la hemorragia á los cuatro días de haber pasado el Beniqué, segundo la intensidad de la hemorragia, y tercero no haberse cohibido con la sonda permanente, que es uno de los procedimientos más aconsejados, no solo en estos casos, sino en los de heridas operatorias de las uretrotomías.

**Sr. Entrecanales.**—El caso que va á presentar, dice que no tiene en sí nada de particular, más que por la rara terminación, y que por eso lo relata.

Trátase de un joven de 18 á 20 años, habitualmente sano, pero que adquirió una pneumonía que por lo demás fué absolutamente franca y de curso ordinario. Celebróse consulta con un compañero, más que por otra cosa por halagar á la familia del enfermo, que así lo quería, pues la dolencia llevaba un curso por completo normal.

Al séptimo ú octavo día se presentó un delirio bastante intenso, aumentó algo la temperatura, pero no dió mucha importancia á estos fenómenos, por juzgarlos pre-críticos, no obstante lo cual, el enfermo falleció súbitamente algún tiempo después.

Enumera y analiza las causas de la muerte en la pneumonía y dice que casi todos los enfermos de pneumonía fallecen por asistolia, recordando el célebre aforismo de que «en la pneumonía, la enfermedad está en el pulmón, pero el peligro se halla en el corazón».

Entiende que en este caso, no obstante, existió una hiperinfección, pero el enfermo debió fallecer, en su concepto, de un proceso cerebral.

**Sr. Díaz.**—Entiende que el caso en cuestión es muy curioso y muy importante. También ha visto él casos iguales, y alguno con autopsia: uno de ellos se trataba de un sujeto afecto de pneumonía y de la cual, curado ya, á los dos ó tres días se presentó con delirio, alguna agitación y pulso frecuente, falleciendo súbitamente al siguiente día. En la autopsia se le encontró una meningitis extensa por pneumococos. Asegura que esto es muy raro.

En otro caso, se trató de un individuo algo alcohólico, y en el cual la pneumonía hizo crisis; al cabo de algunos días se presentó un brote en el vértice pulmonar, acompañado de una temperatura bastante elevada, cayendo el enfermo en coma y falleciendo en igual forma que el anterior.

Otro tercer caso, parecido á los anteriores, y es el referente á un sujeto con un verdadero aspecto tífico, sin infección intestinal y que falleció también con aspecto de lesión cerebral.

Cree que en todos estos casos existen lesiones del cerebro ó de sus membranas.

**Sr. Entrecanales.**—Agradece al Sr. Díaz su interven-



ción en este caso, y dice que acaba de descubrir la incógnita de estas muertes. Para él se trata pura y exclusivamente de afecciones cerebrales.

**Sr. Alberca.**—Refiere dos casos de intoxicación por los calomelanos, empleados en terapéutica infantil. Aparte de estos casos, ha visto algunos otros agravados por la administración extemporánea de aquella sal mercurial, y entiende que se hace un verdadero abuso de la misma, en especial por lo que se refiere á la terapéutica de las infecciones intestinales en los niños, y á la dosis en que se administra,

Cita algunos casos de enteritis folicular producidos por aquel medicamento administrado sin ton ni son, ya solo, ya acompañado de santonina para combatir lombrices, y en algunos niños de escasos meses de edad, y por lo que respecta á las dosis, cree que reina una verdadera anarquía, pues cada médico da los calomelanos á dosis muchas veces caprichosas; por eso aboga para que se precisen las dosis,

**Sr. Entrecanales.**—Vió á uno de los niños citados por el Sr. Alberca y coincide con él en que se abusa de los calomelanos no solo administrándolos extemporáneamente, sino en dosis grandes.

A este respecto, asegura que Marfan da al día tres papeletas de cinco centigramos cada una.

**Sr. López y Pérez.**—*Nefritis albuminúrica en el curso del embarazo, curada por el régimen lácteo exclusivo.*

El 28 de Agosto del corriente año ingresó en la Clínica Médica de este hospital Francisca Martínez, de 41 años, natural de León, casada, múltipara, de buena salud habitual y sin hijos desde hace siete años. No tiene antecedentes patológicos de interés; la enfermedad actual comenzó en el curso de este embarazo á los cuatro ó cinco meses; insensiblemente; notó hinchazón en todo su cuerpo y primero en la cara, que fué en aumento progresivamente; oliguria, fatiga y grandes molestias generales que la decidieron á venir al hospital.

Al observarla nosotros apreciamos el siguiente estado actual:

Intenso edema generalizado; cara muy abotargada y grandes labios enormes; miembros inferiores pseudo-elefantiásicos; oligu-

ria grande que no llega á 200 gramos al día; orina oscura, turbia, densa, fuertemente albuminúrica.

Pulso pequeño é irregular; disnea no muy intensa; autrosexia; atontamiento grande; estado infebril.

Vista la gravedad del caso, se la dispuso para levantar las fuerzas una inyección de esparteína, dos veces al día, durante cuatro consecutivos; lactosa 100 gramos diarios y régimen lácteo exclusivo, tres litros al día.

Día 29.—Analizada la orina da: Albúmina, 20 gramos en litro; cloruros, 6 gramos; urea, 7,50 gramos Hematíes; cilindros granulosos é hicalinos y epitelio renal.

El estado de la enferma sigue siendo grave.

Día 2 de Septiembre.—Pulso regular normal; han bajado mucho los edemas; orina 750 gramos al día.

Día 6.—Gran disminución de los edemas; orina 900 gramos; albúmina 4 gramos por 1.000. Buen estado general; han desaparecido todas las molestias.

Día 9.—Edema ligero en párpados y labios; disminución de los elementos firmes de la orina que llega casi al litro; albúmina 1 gramo por 1.000.

Día 16.—Sigue bien; orina sin albúmina ni cilindros; llega al litro; no hay edemas.

Día 17.—Dolores de parto á las once, parto normal á las cuatro; feto vivo de término, en presentación de vértice primera posición; expulsión normal de anejos. No hubo la menor señal de eclampsia. Toma ese día leche y caldos con Jeréz.

Día 21.—Sigue bien; come sopa.

Día 23.—Puerperio normal; come huevos.

Día 26.—Se levanta; no tiene albúmina; ni toma medicación alguna.

Día 5 de Octubre.—Recibe el alta, curada totalmente.—Estancia en la clínica 37 días.

**Sr. Mendaza.**—Dice que este es un caso de verdadero triunfo de la dieta láctea en la albuminuria gravídica, y que por lo tanto merece conocerse.

**Sr. Díaz.**—Lo interesante en este caso es dilucidar si la albuminuria es anterior ó no al embarazo.



**Sr. Camiña.**—Habla de la nefritis del embarazo, cuyo concepto, asegura, se ha ido modificando merced á los diferentes medios de investigación que ha empleado Albarran.

Divide las nefritis en el embarazo en dos clases: unas por compresión y otras por toxhemia; las primeras van mejorando con el tiempo; las segundas son tóxicas.

**Sr. Landin.**—Presenta un caso de *fractura de una costilla, producida en un acceso de tos.*

Hace unos seis meses próximamente fui llamado para ver á un enfermo, de 36 años, casado; sumamente obeso, de poca estatura y 100 kilogramos de peso,

El enfermo se encontraba sentado en la cama, apoyándose en ambas manos para poder respirar mejor, con los ojos congestionados, la cara y los labios cianóticos, tosía mucho, tenía gran disnea, y la escupidera estaba llena de una expectoración abundante, aireada, espumosa, teñida con un poco de sangre; la auscultación denotaba un gran número de estertores de todas clases subcrepitantes en las bases, roncós y sibilantes en las partes altas. Me dijeron que hacía días tosía y se fatigaba, pero que durante aquel día se agravó de tal manera que tuvieron que llamarme con urgencia.

El primer ruido cardíaco me pareció encontrarlo bastante debilitado, pero con la gran cantidad de estertores que existían no era fácil precisar nada; no tenía fiebre.

Pensé que los fenómenos agudos podían ser la consecuencia de una insuficiencia de miocardio en un obeso bronquítico y mis primeras disposiciones fueron encaminadas en este sentido. Ventosas escarificadas con extracción de 250 gramos de sangre, un purgante y una inyección de morfina y cafeína, más tarde digitalina cristalizada y régimen lácteo.

En pocos días todo había vuelto á la normalidad, desapareciendo todo signo de edema pulmonar.

Perdí de vista al enfermo hasta que hace pocos días fui llamado nuevamente. En este período de tiempo había sufrido recrudescimientos de su bronquitis. El día que yo volví á ver á mi enfermo presentaba próximamente el mismo cuadro que he relatado anteriormente con la diferencia de que no era tan alar-

mante como entonces y de que se quejaba de un dolor de costado violento. Este dolor databa de 24 días antes, con períodos de exacerbación en los accesos de tos. No había fiebre y el gran número de estertores de todas clases que se percibían en todo el pecho no permitían apreciar nada de particular en aquella zona dolorosa; todo lo más que podía afirmarse por entonces se reducía á que no había derrame pleurítico. La misma terapéutica que usamos en la otra ocasión fué suficiente para hacer desaparecer todo, á excepción del dolor de costado. Interrogado el enfermo sobre este particular, me dice que 24 días antes, estando en el pueblo, en un acceso de tos sintió un chasquido fuerte en aquel sitio, quedándole después ese dolor, que fué interpretado como producido por una neuritis reumática, por cuya causa no me había relatado el episodio. Esta noticia me extrañó, y cuál no sería mi sorpresa cuando al reconocerle me encontré con que existía una fractura completa de la octava costilla, inmediatamente por debajo del ángulo del omoplato. La fractura era indudable, con su crepitación característica y el enfermo aseguraba que era debida única y exclusivamente al esfuerzo verificado para toser.

Como era natural, traté de investigar cuál pudiera ser el mecanismo de esa fractura al parecer debida á una violenta contracción de los músculos torácicos, fractura que aunque se admite como posible y en ciertas ocasiones se asimila á las fracturas por arrancamiento, no deja de ser un fenómeno raro. Por otra parte era lógico pensar en algún proceso osteopático tumoral ó infeccioso que disminuyendo la resistencia del arco costal hubiera favorecido la producción de este fenómeno.

Del interrogatorio dirigido en todos sentidos resultaba que el enfermo no había padecido enfermedad de ninguna especie fuera de lo relatado, á excepción de una tifoidea en la juventud, de la que quedó completamente restablecido. Un examen detenido del pecho, demuestra en su parte posterior derecha un incurvamiento exagerado de las costillas sexta, séptima y octava en su ángulo posterior, seguido hacia afuera y abajo de una depresión, á cuyo nivel estaba el foco de fractura, la percusión en esta zona deprimida es submaciza y auscultando se observaba entonces, que

habían desaparecido los demás síntomas generales, que á este nivel el murmullo vexicular estaba sustituido por un pequeño soplo espiratorio; en la periferia del foco existían algunos frotos pleuréticos y algún roncus.

Todo esto hace pensar que el proceso pulmonar no está aislado, sino que hay algo más que ha invadido la pleura y la zona pulmonar colindante.

Ahora bien, es preciso saber de qué naturaleza son estas alteraciones y cuál es su patogenia, asunto que por el momento resulta algo obscuro por falta de antecedentes. Añadiremos que fuera del foco el murmullo vexicular es normal por todas partes.

El siguiente día hice que el enfermo se desnudara por completo, con objeto de ver si encontraba algo que me orientase, y me encontré con que en la pierna derecha existían extensas cicatrices, una de las cuales estaba adherida á la cara interna de la tibia en una extensión de unos seis centímetros. El enfermo me dijo entonces que aquellas cicatrices le quedaron como consecuencia de unas úlceras que allí tuvo, las cuales le tardaron más de seis meses en curarse, teniendo necesidad de que le practicaran una pequeña intervención. Su obesidad data de una época posterior á estas úlceras. La extensión de las cicatrices, su aspecto y forma regular recordaban á las cicatrices resultantes de las lesiones tuberculosas antiguas. Esto me hizo pensar en la posibilidad de que el proceso costal fuera del mismo origen, aunque parezca desmentirlo su obesidad; podía en realidad tratarse de una osteitis tuberculosa que hubiera evolucionado hacia adentro, produciendo la paquipleuritis de reacción y de defensa y la zona de esclerosis pulmonar por la vecindad del foco inflamatorio. Puede ser que este proceso sea antiguo y haya permanecido en período latente por la sobrealimentación y quietud á que voluntariamente se sometió este enfermo, encontrándose agudizado ahora en virtud de la movilización continua y excesiva de los arcos costales en los incesantes y repetidos accesos de tos y disnea que ha sufrido de algún tiempo á esta parte; á la paquipleuritis puede atribuirse la retracción de la pared costal, y en estas condiciones extraña menos el que un violento golpe de tos fuera suficiente para que se fracturara la costilla, tal vez por el

mecanismo descrito en las fracturas por arrancamiento. Esto nos explicaría el que no se haya iniciado el proceso de reparación después de 24 días. Este enfermo lo vieron en consulta otros dos meritísimos compañeros, los cuales dieron la misma interpretación á los fenómenos.

**Sr. Alberca.**—Encuentra algo extraño el caso en cuestión, y no se explica cómo un enfermo con adherencias costales y sin derrame, pueda tener edema pulmonar sólo por aquélla causa.

**Sr. Landín.**—Este enfermo obeso y bronquítico crónico tiene sus crisis asistólicas y de edema pulmonar por insuficiencia de miocardio con sobrecarga grasosa y quién sabe si degenerado ya, y respecto á la evolución del proceso costal vuelvo á detallar lo dicho anteriormente de que este proceso para mí antiguo ha sido agudizado por la disnea y la tos, que lo que existe en la pleura y pulmón lo considero como una reacción defensiva de estos órganos ante la vecindad del foco infeccioso.

**Sr. Díaz.**—Pregunta si se ha practicado el análisis de la orina de este enfermo.

**Sr. Landín.**—Al Sr. Díaz contestó diciendo que admitiendo de buen grado la importancia del análisis de orina en todo edema pulmonar, en este caso no se hizo por considerar que no se trataba de un edema tóxico sino cardíaco y por encontrar para ello razones suficientes en el estado del corazón.

**Sr. Díaz.**—No tiene nada de extraño que enfermo de esta naturaleza padeciera una lesión renal.

**Sr. Alberca.**—Relata el caso de una señora con nefritis parenquimatosa, la que después de un viaje bastante accidentado sufrió una parálisis del lado izquierdo. Él la vió, comprobando la existencia de un edema generalizado con muy poca orina. Pensó que se trataba de un edema parcial del cerebro y le dispuso un régimen de reducción de líquidos y teobromina, curando la enferma.

**Sr. Mendaza.**—Presenta un caso de fiebre de tipo recurrente, de causa desconocida.

Trátase de un individuo de unos 40 años de edad, casado y de buena salud habitual; hace unos ocho meses, este individuo,

con acasión de un ligero trastorno gástrico, tuvo fiebre que duró unos ocho días, al cabo de los cuales volvió á dedicarse á sus habituales tareas; ocho días después, nuevo acceso febril, seguido de nuevo descenso térmico. En esta forma siguió el enfermo próximamente unos dos meses sin que, aparentemente al menos, hubiera lesión anatómica ni funcional en ningún órgano.

Fué diagnosticado de fiebre de tipo recurrente, pero sin que se señalara la causa, y así siguió el enfermo administrándole los preparados químicos durante el acceso febril, y los tónicos en los períodos intercalares.

Algún tiempo después, en vista de que este sujeto fué presentando una palidez intensa, fatiga, abatimiento y síntomas de anemia, se le diagnosticó de *leucemia*. Cuando llegó á mis manos se le hizo un análisis de la orina, de la sangre y de las heces fecales, sin que tales análisis dieran nada de particular.

Este enfermo presentó más adelante una tumuración blanda en la axila derecha (linfadenoma) y así fué siguiendo sin dar con el diagnóstico ni con el tratamiento.

A pesar de todo, persisto en creer que este sujeto padece una pseudo-leucemia.

**Sr. Camiña.**—Pregunta si es blenorragico crónico.

El Secretario general,

C. MENDEZA.

---

## Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya

---

*Sesión celebrada el día 11 de Noviembre de 1909*

Bajo la presidencia del Sr. Saralegui y con la asistencia de los Sres. Mas y Mas, Goñi, Madaleno y Artaza, se aprobó el acta anterior.

Se dió cuenta de lo que los Estatutos y Reglamento disponen respecto á la vacante de un vocal en la Junta, por ausencia del Sr. Murrieta, acordándose, como consecuencia, no procedía cubrirla.

Se acordó, ante el nombramiento de nuevo Gobernador Civil para esta provincia, pasaran el presidente y secretario

del Colegio por su despacho, cumplimentándole en nombre del Colegio.

Dió cuenta el Sr. Madaleno de los medios que había puesto en práctica para proceder al cobro de las cuotas mensuales á los colegiados morosos.

Y tras un cambio de impresiones sobre asuntos relacionados con la profesión, y no habiendo más asuntos que tratar, se levantó la sesión.

*Sesión celebrada el día 9 de Diciembre de 1909*

Bajo la presidencia del Sr. Saralegui y con asistencia de los Sres. Mas y Mas, Garaigorta, Madaleno y Artaza, se aprobó el acta anterior.

Se presentó una denuncia de un farmacéutico, contra otro de la misma localidad, por superposición de los sellos de las respectivas Farmacias, acordándose llamar la atención sobre el caso para lo sucesivo.

Se dió cuenta de un oficio del presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia, indicando la adjudicación hecha por el Jurado calificador de las Memorias presentadas al Concurso de premios abierto por la Asamblea Farmacéutica Nacional, celebrada en dicho punto, correspondiendo el primer premio señalado por este Colegio para el tema «Imperiosa necesidad de limitar la Farmacia en España» «Medios para implantarla al trabajo» «Regeneración», de D. Angel Viñeta Urgel, farmacéutico de Sarreal (Tarragona), acordándose girar al presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia el importe de dicho premio y oficiar al farmacéutico Sr. Viñeta comunicándole lo acordado, felicitándole y rogándole se sirva enviar un ejemplar de su Memoria para publicarla en la GACETA MÉDICA DEL NORTE, órgano de este Colegio.

Se dió cuenta de la instancia presentada al Excmo. Ayuntamiento de esta villa en nombre del Colegio, pidiendo la anulación de los derechos con que en la actualidad tiene gravados los vinos destinados á preparados medicinales.

Se acordó suprimir la consignación anual fija para el cargo de abogado del Colegio y que en lo sucesivo se abonaran los servicios prestados por dicho concepto cuando las circunstancias lo exigieren.

Se dió cuenta de la visita hecha al Excmo. Sr. Gobernador Civil de la provincia por el presidente y secretario del Colegio en nombre de éste.

Y no habiendo más asuntos que tratar se levantó la sesión.

El Secretario,  
DR. ARTAZA.



## SECCION PROFESIONAL



**Congreso Internacional de Farmacia.**—Las asociaciones farmacéuticas belgas organizan un Congreso internacional de Farmacia, que se reunirá en Bruselas del 1 al 5 de Septiembre de 1910.

En este Congreso se discutirá, á propuesta de los farmacéuticos holandeses, una cuestión por todo extremo interesante, y es la «Creación de una Asociación Internacional de Sociedades de Farmacia».

El Comité organizador se propone someter á la deliberación del Congreso únicamente aquellas cuestiones de carácter estrictamente general é internacional, porque así se discutirán á fondo y las conclusiones votadas tendrán mayor autoridad para ser estimadas por las entidades á que afecten.

Las cuestiones de orden nacional deben resolverse en los Congresos nacionales y las meramente particulares en las revistas científicas y profesionales. Estas cuestiones entorpecen siempre los trabajos de los Congresos internacionales é impiden la solución práctica de los asuntos de mayor trascendencia, que quedan estancados mucho tiempo. El Comité de organización hará toda clase de esfuerzos para evitarlo.

Más adelante se publicarán los temas científicos y profesionales, el reglamento del Congreso y los informes relativos á los festejos que han de celebrarse con este motivo.

Los miembros efectivos pagarán 20 francos, los protectores, 50, y por las tarjetas de señora, 10 francos.

Las adhesiones se dirigirán á M. Schámelmont, secretario general, 12, rue Malibran, Bruxelles.

**Franquicia postal.**—Por Real decreto de 25 de Noviembre último, publicado en la *Gaceta* del 26, se concede franquicia postal á la correspondencia oficial que expidan los subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria, para comunicarse con las autoridades de sus respectivos partidos y con las dependencias del Ministerio de la Gobernación, residentes en la capital de la Monarquía ó en la provincia donde dichos subdelegados ejerzan sus funciones, debiendo reunir esta correspondencia las condiciones prevenidas en el artículo 42 del Reglamento para el régimen y servicio del Ramo de Correos y Real decreto de 23 de Septiembre de 1908.