

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Herencia de la tuberculosis.—Todo el mundo está de acuerdo para admitir que la tuberculosis tiene una influencia hereditaria considerable. La herencia tuberculosa puede consistir en la transmisión del germen, en la transmisión de una predisposición, ó manifestarse por alteraciones distróficas. Estas tres formas de herencia, ya se superponen, ya existen aisladamente.

1.º *Transmisión del germen.*—*A.* La transmisión del germen en el momento de la concepción constituiría la verdadera herencia en el sentido estricto de la palabra. Esta transmisión sólo es una hipótesis que no está demostrada por ningún hecho conocido, y cuya certidumbre nos parece problemática; en particular no hay ninguna prueba de la transmisión parasitaria por el padre.

B.—Es posible, sin embargo, que un feto nazca infectado por el germen tuberculoso; en este caso ha sido contagiado *in utero* por su madre. Esta se encuentra atacada ordinariamente de una manera muy grave, pero también puede presentar lesiones poco extensas. Es común que la transmisión se haga por una lesión placentaria, muchas veces localizada y fácil de desconocer.

C.—La tuberculosis congénita no sólo se ha encontrado en los fetos que nacen muertos ó en los niños que sucumben muy pronto; también se ha visto en infantes bien constituidos y perfectamente viables; el heredo-contagio de la tuberculosis es, pues, indiscutible, y puede tener importancia en la propagación de la tisis.

D.—Este papel parece estar muy restringido. Para afirmar la extremada rareza del heredo-contagio, hay que basarse, no sobre

la poca frecuencia de los tubérculos congénitos (argumento de escaso valor), ni sobre la dificultad de evidenciar por las inoculaciones una bacilosis congénita (una infección limitada pasa fácilmente desapercibida), sino en los argumentos siguientes:

I. *Rareza de la tuberculosis en los hijos de hembras tuberculizadas ó tuberculosas y que conservan la vida.*

II. *Imposibilidad de admitir una resistencia particular de los sujetos jóvenes al desarrollo del bacilo,* lo que demuestra la extrema rareza de los tubérculos latentes y momentáneamente silenciosos en niños menores de dos años, y la evolución clínica de la tuberculosis de la primera edad.

III. *El estudio anatómico de las formas iniciales de la tuberculosis infantil, es favorable á una infección por contagio prost partum.*

2.º *Herencia heteromorfa.*--La tuberculosis de los ascendientes influye en los niños de una manera clara y necesaria, bajo el punto de vista del desarrollo físico; las alteraciones distróficas, que son la consecuencia de esta herencia heteromorfa, no deben confundirse con la heredo-predisposición, aunque pueden coincidir con ella.

3.º *Heredo-predisposición.*—A. La observación clínica demuestra la excesiva frecuencia de la tuberculosis en los hijos de padres tuberculosos, ó en cuyas familias existieron individuos con esta enfermedad. Esta frecuencia excesiva es debida, en parte, por lo menos, á una heredo-predisposición, pero es también atribuible á una modalidad patogénica, cuya influencia se suele olvidar en la mayor parte de las investigaciones sobre la etiología de la tuberculosis; queremos hablar de la auto-infección. Una gran parte de las tuberculosis de la edad adulta ó de la juventud, son la consecuencia de focos latentes que datan de la infancia, focos que dependen casi siempre del contagio; la tuberculosis de los ascendientes ha tenido de ordinario por papel esencial crear este contagio.

B. La herencia de predisposición se traduce frecuentemente por la gravedad de la enfermedad; no sólo está más expuesto el niño á la tuberculosis, sino que presenta menos resistencia contra ella.

C. Por el contrario, la tuberculosis hereditaria puede presentarse también bajo una forma atenuada, como si el niño estuviera, hasta cierto punto, inmunizado. Pueden explicarse estas formas por una especie de herencia mixta; los ascendientes transmiten una predisposición para contraer la tuberculosis y, al mismo tiempo, un estado especial de resistencia contra su desarrollo.

4.º *Profilaxis*.—Bajo el punto de vista profiláctico, el papel del Médico es muy importante y se le imponen tres tareas:

1.ª La protección de los hijos de tuberculosos contra la invasión bacilar, y particularmente contra el peligro temible del medio familiar infectado. Esta protección es posible porque el hijo del tísico casi nunca está contaminado al nacer; es realizable porque sabemos cómo puede evitarse el contagio bacilar; es esencial puesto que la infección precoz del niño determina casi siempre la formación de una tuberculosis inmediata de evolución rápida, ó de una tuberculosis larvada, temible para el porvenir.

2.ª En los hijos de tísicos, uno de los peligros más serios son los focos latentes, origen de auto-infecciones ulteriores, y deben ponerse en práctica todos los medios de investigación capaces de revelar su existencia; una exploración clínica, minuciosa y repetida, permitirá de ordinario un diagnóstico precoz, punto de partida de una terapéutica eficaz.

3.ª Por último, deben perseguirse, en los descendientes de tísicos, el estudio y el tratamiento de todas las alteraciones de la evolución ó de la nutrición, que permitan sospechar una heredo-predisposición tuberculosa.

M. Hutinel,
(de París).

*
* *

Formas clinicas generalizadas de la tuberculosis infantil.

—Durante la segunda infancia, la tuberculosis parece despojarse con frecuencia de su aspecto de enfermedad general, para revestir el de una enfermedad local.

Fuera de su localización sobre el parénquima pulmonar, que, en todos los períodos de la existencia, es el sitio de predilección de las germinaciones bacilares, sólo á partir del segundo ó tercer año se observan esas modalidades clínicas, tan perfectamente individualizadas que (sin contar las tuberculosis quirúrgicas) son: la peritonitis crónica tuberculosa, la meningitis tuberculosa primitiva y los tubérculos cerebrales, la adenopatía traqueo-bronquial, la cirrosis cardio-tuberculosa, la enfermedad de Addison, etc. Esta multiplicidad de formas locales, á las cuales hay que añadir también una forma generalizada, pero curable, la fiebre tuberculosa pregranúlica ó tifo-bacilosis no existen en la primera infancia. Esto no quiere decir que puedan citarse, antes de los dos años, algunos ejemplos de

los diferentes tipos clínicos que acabamos de enumerar, pero éstas son excepciones que no deben tenerse en cuenta en un estudio de conjunto.

La tuberculosis de la primera edad, aparte de las localizaciones en el aparato respiratorio (pulmones, pleura, ganglios, peritráqueo-bronquiales), se presenta de ordinario bajo las apariencias de una enfermedad general. Tal es la consecuencia obligada de las observaciones anatómo-patológicas, que indican la tendencia á la difusión de las lesiones tuberculosas en todas las vísceras en los niños muy jóvenes.

Bajo el punto de vista de su procedencia, la tuberculosis de la primera edad es hereditaria ó adquirida.

Por incontestable que sea la herencia tuberculosa, es muy difícil de apreciar su frecuencia. Los hechos indiscutibles de *heredo-tuberculosis típica* son demasiado raros para permitirnos hacer una descripción clínica de ella. Por el contrario, no puede describirse la tuberculosis adquirida de la primera edad sin establecer desde luego el cuadro de esa degeneración orgánica, de esa distrofia especial, observada en ciertos niños, hijos de padres tuberculosos, y que se designa con el epíteto de *heredo-tuberculosis atípica*. En estos distróficos es donde la tuberculosis hace más víctimas.

La toma de posesión del organismo por los bacilos no se traduce siempre por síntomas morbosos inmediatos: en este caso la tuberculosis está *latente*.

Cuando la tuberculosis está *en evolución*, afecta en los niños de la primera edad dos formas clínicas distintas.

Tuberculosis generalizada aguda.—Empieza con fiebre y síntomas generales y locales, que recuerdan la aparición de una enfermedad infecciosa aguda.

Tuberculosis generalizada crónica.—Tuberculosis difusa de Aviragnet; tuberculosis generalizada crónica apirética de Marfan, con todos los rasgos de una caquexia.

¿Debe admitirse, además, una *forma sobre-aguda*? Esta pregunta nos induce á considerar clínicamente la coexistencia de la tuberculosis, en los niños, con otros estados infecciosos, gastro-enteritis, sarampión, coqueluche, difteria, etc.

Bajo estos diferentes tipos, la tuberculosis de la primera edad se acompaña comunmente de un infarto especial de los ganglios linfáticos; según ciertos autores, este infarto es la única expresión de la tuberculosis: *micropoliadenitis generalizada*. Aparecen con fre-

cuencia accidentes cerebrales que evolucionan con una fisonomía diferente de la meningitis tuberculosa de los niños de más edad: *meningitis tuberculosa de los recién nacidos*.

El punto capital es el *diagnóstico*. Grande es la dificultad de reconocer clínicamente la tuberculosis en los niños de la primera edad. Los grandes signos que indican en los otros períodos de la existencia la impregnación del organismo por el veneno tuberculoso, la anemia, la astenia neuro-muscular, el enflaquecimiento, la taquicardia, son aquí de poca importancia; lo mismo puede decirse de las investigaciones sobre la secreción urinaria. Se había dado mucha importancia á la comprobación de la *micropoliadonopatia generalizada*, pero este signo no es patognomónico.

El diagnóstico merece hacerse sucesivamente para las dos formas que hemos admitido. Es preciso distinguir la primera forma de la gastro-enteritis y de la fiebre tifoidea, y la segunda forma de la atrepsia, de la caquexia gastro-intestinal, de la sifilítica, de la palúdica y de la piodérmica, y por último, de las anemias con megalosplenía.

¿En caso de vacilación ó para dilucidar la tuberculosis latente, puede recurrirse á las inyecciones de tuberculina ó de suero artificial (Sirot)? Debemos llamar la atención sobre otro procedimiento de diagnóstico que se anuncia hoy con grandes esperanzas. Tal es la *sero-reacción tuberculosa*, estudiada por Arloing y Courmont, y que, experimentada en el hospital de niños de Burdeos por el Doctor Buard, ha dado resultados satisfactorios.

Pr. A. Moussous.

*
* *

Meningitis agudas no tuberculosas.—Al lado de la meningitis tuberculosa existen otras muchas de pronóstico menos sombrío y que permiten instituir un tratamiento racional. Estas meningitis tienen distintos orígenes.

Conviene distinguir las meningitis consecutivas á las otitis y á las diversas supuraciones, de las que sobrevienen en el curso de las enfermedades agudas generales ó localizadas (fiebre tifoidea, neumonía), y de las meningitis primitivas (epidémicas ó esporádicas). Cada una de estas divisiones ofrece al clínico y al nosógrafo grandes dificultades.

Si es fácil imaginar la manera como una otitis aguda se complica con una inflamación de las meninges, conviene no olvidar que estas

otitis pueden complicarse con trombosis de los senos, flebitis y abscesos del cerebro, que provocarán síntomas nerviosos análogos á los de las meningitis. Estos síntomas pueden también aparecer en las otitis agudas simples, independientemente de toda complicación. Los síntomas de meningitis en el curso de las enfermedades agudas infantiles, y sobre todo al principio de la neumonía, implican la existencia de una alteración inflamatoria de las meninges? Por largo tiempo se ha dudado de ello, á causa de la fugacidad de los síntomas y de la idea de gravedad de las meningitis. Hoy se admite que las meningitis no supuran necesariamente, y que la inflamación puede limitarse á la congestión y al exhalado seroso; se comprende la curabilidad de estas meningitis serosas.

Las meningitis simples ó primitivas, pueden existir esporádicamente? Existe una diferencia fundamental entre la meningitis cerebro-espinal epidémica y la esporádica? La bacteriología responde á esta cuestión como ya lo ha hecho la epidemiología: no hay demarcación rigurosa entre los casos esporádicos y los epidémicos.

Además de los signos clásicos de la meningitis, parálisis de los músculos oculares, alteraciones del fondo del ojo, tirantez de la nuca, modificaciones del pulso y de la respiración, poseemos dos signos importantes.

Tenemos, en primer término, el *signo de Kernig*: imposibilidad de extender por completo las rodillas cuando se hace sentar al enfermo; este signo no falta casi nunca en las meningitis no tuberculosas. Se le observa también en la mayoría de las meningitis tuberculosas, de modo que no podemos apoyarnos en él para establecer la naturaleza de una meningitis; pero los casos en los cuales se ha encontrado el signo de Kernig sin que hubiera meningitis son tan raros, que há lugar á preguntarse si la falta de meningitis era cierta.

La *punción lumbar de Quincke* suministra al diagnóstico de las meningitis las enseñanzas más preciosas, y no presenta gravedad alguna porque el líquido se aspira con lentitud. El diagnóstico de meningitis será evidente si sale un líquido alterado ó purulento, ó si este líquido encierra grumos. Con frecuencia el líquido extraído en las meningitis aparece primero completamente claro, y poco después se forma en él un coágulo fibrinoso. No basta comprobar las cualidades físicas del líquido; hay que investigar su cantidad de albúmina, hacer el examen microscópico, culturas é inoculaciones.

Estas investigaciones indicarán de ordinario la naturaleza de la meningitis y permitirán deducir su causa.

Los baños calientes, introducidos por Aufrecht, constituyen un precioso medio de tratamiento. En los casos de meningitis supuradas, las punciones lumbares repetidas pueden prestar buenos servicios.

*Dr. Netter,
(De París).*

Prensa y Sociedades médicas

La adrenalina.—Es interesante saber á qué atenerse sobre este nuevo medicamento que, según Mr. Lermoyez, está llamado á prestar grandes servicios. La adrenalina, «que tiene la propiedad de suspender momentáneamente la circulación en las regiones que toca, sin alterarlas», es un cuerpo que en 1901 lo aisló el Dr. Takamine de las cápsulas suprarrenales, substancia cristalina y bastante soluble en el agua. Sin insistir en su fórmula y preparación, diremos que se presenta en el comercio bajo dos formas: primera, en tabletas ó pastillas de tartrato de adrenalina; segunda, en solución al 1 por 1.000. Las tabletas son delicuescentes; en el momento de usarlas se las disuelve en una cantidad suficiente de suero fisiológico para hacer soluciones desde el 1 por 1.000 hasta el 1 por 50.000. La solución al 1 por 1.000 se prepara con:

Cloruro de adrenalina.....	1 gramo.
Solución fisiológica de cloruro de sodio... ..	1.000 »
Cloretona.....	5 »

La cloretona es un compuesto que resulta de la acción de la potasa sobre una mezcla, á partes iguales, de cloroformo y acetona, y que da á la solución un ligero poder antiséptico y anestésico.

La actividad de la adrenalina es muy poderosa; una porción de una gota de su solución acuosa ó de la de una de sus sales al 1 por 50.000, bastaría, según Takamine, para blanquear la conjuntiva en un minuto. Este autor dice que es mil veces más activa que las glándulas suprarrenales; en inyección intravenosa provoca una acción muy poderosa sobre el sistema muscular, particularmente sobre las paredes musculares de los vasos, lo que da por resultado un aumento enorme de la presión sanguínea. Astringente, hemostático poderoso y estimulante del corazón, este remedio no es irritante, ni tóxico, ni se acumula su acción.

En inyecciones subcutáneas y, sobre todo, en inyecciones intraperitoneales, la adrenalina puede determinar, en los animales, la

glucosuria; á dosis mortal se comprueban lesiones destructivas de ciertos órganos, y en particular del páncreas (Herter y Richard).

La acción rápida que ejerce sobre la respiración, los cambios nutritivos, la temperatura del cuerpo y los vasos, evidencian las indicaciones en los envenenamientos por el opio y la morfina, en las alteraciones circulatorias y para combatir el colapso que sobreviene después de la anestesia (Reichert).

En las afecciones del ojo, de la nariz, de la laringe y de los oídos, se ha empleado la adrenalina localmente, pero algunos han observado dolores, irritación y estornudos.

En Francia ha sido experimentada por primera vez en Burdeos, por los Dres. Moure y Brindel, en oto-rino-laringología. Su acción descongestiva rápida y vaso-constrictora enérgica se ha mostrado constante en los diferentes casos en que se ha empleado: lesiones inflamatorias agudas ó crónicas (coriza agudo, abscesos peri-amigdalianos, raspado en la laringitis bacilar); lesiones congestivas por vaso-dilatación (coriza espasmódico con hidrorrea, estrechez tubaria congestiva). En las intervenciones quirúrgicas sobre las mucosas nasal, bucal, laríngea y auricular, la hemostasia es perfecta; así, los Dres. Moure y Brindel creen que la cirugía general no tardará en apreciar el gran valor de la adrenalina. Esta es la opinión del Dr. Lermoyez, que llama á este cuerpo «el alcaloide de la venda de Esmarch», y que gracias al empleo simultáneo de este cuerpo con la cocaína ha practicado en rinología numerosas operaciones sin efusión de sangre.

En el Congreso de oto-rino-laringología de París (Mayo de 1902) todo el mundo reconoció su enérgico poder vaso-constrictor, pero se señaló una vaso-dilatación consecutiva y hemorragias secundarias.

En la terapéutica ocular han experimentado la adrenalina los Dres. Galezowski, Grandclément y Vignes, comprobando que la instilación en la conjuntiva, con ó sin inflamación, de una gota de la solución al 1 por 1.000, hace palidecer la mucosa en menos de un minuto sin irritación dolorosa, y persistiendo su acción durante hora y media. No determina ninguna alteración del epitelium córneo ni del poder de acomodación; no produce miasis ni midriasis; su acción descongestiva, asociada á la acción calmante de la cloretona, hace de ella un buen analgésico en las inflamaciones de la conjuntiva y de la córnea y un ayudante de la acción de los mióticos en los glaucomatosos; su poder hemostático llena una indicación en las hemorragias intra-oculares y en la práctica de las operaciones de los ojos.

Mientras se establecen de una manera exacta sus caracteres físico-químicos y su acción fisiológica, no es aventurado asegurar que puede prestar verdaderos servicios como vaso-constrictor.

(*Journ. de Méd. et Cir. prat.*)

Obstrucción intestinal. Cálculos biliares.—*M. Karewski*: El íleo, debido á la emigración de los cálculos biliares, del cual puedo referir cinco casos con una sola defunción, es un accidente bastante raro y cuyo diagnóstico ofrece serias dificultades, pues su sintomatología es muy variable. En efecto, los individuos que sufren ese accidente pueden no haber tenido cólicos hepáticos, ó no haberlos tenido sino mucho tiempo antes; de otra parte, la obstrucción no es de ordinario permanente, sino que deja ciertos períodos de buena salud; por último, el cálculo puede ser expulsado por el ano, ó bien pasar, por el contrario, á la cavidad peritoneal, donde determina fenómenos de inflamación con adherencias. En el momento en que la obstrucción se produce, puede ocurrir que la concreción se halle ya en el intestino desde muchos años antes; por lo demás, es cosa sabida que los cálculos voluminosos no pueden llegar al tubo intestinal por el colédoco, sino determinando, por compresión, adherencias entre la vesícula biliar y el intestino, luego la perforación de las paredes de estos dos órganos; si esta perforación se efectúa en el colon, la oclusión es poco de temer, aun cuando haya podido ser observada hasta en idéntica circunstancia; pero las más de las veces es al duodeno adonde va á parar el cálculo, y allí los peligros son mayores, pues el calibre del intestino delgado va disminuyendo hasta la válvula íleo-cecal. La circunstancia coadyuvante que determina habitualmente la producción de la obstrucción es—aparte una desproporción entre el continente y el contenido (cálculo harto voluminoso ó intestino estrecho)—la existencia de fenómenos inflamatorios, cuya consecuencia es la contractura de la pared intestinal, y, por tanto, el engatillamiento de la concreción.

Es excepcional que se pueda formular un diagnóstico de certeza; por lo general, no existen sino presunciones, que resultan de la edad avanzada de los pacientes, de su sexo—sabido es que la coledolitiasis es más frecuente en la mujer que en el hombre—, alternativas de períodos de oclusión y de permeabilidad del intestino, síntomas que revelan la existencia de un obstáculo á considerable altura, etc.

En lo que concierne al tratamiento, la cuestión que se presenta es la de saber si se debe ó no intervenir. Hace algunos años, las estadísticas eran favorables á la expectación, la cual daba una mortalidad menos elevada que la operación. No parece que ocurra ya lo mismo en la actualidad, y, por mi parte, entiendo que no hay que vacilar en practicar la laparotomía cuando con los recursos médicos no se obtienen pronto efectos.

M. Gans: A propósito de la comunicación del Dr. Karewski, refiere un hecho demostrando perfectamente las dificultades que puede presentar el diagnóstico del íleo calculoso. Trátase de un Médico que, después de violentos dolores, extendidos á todo el abdomen, tuvo ictericia; en su vista, se formuló el diagnóstico de cólicos hepáticos. Un tratamiento hidromineral produjo cierta mejoría; luego los dolores reaparecieron y sobrevinieron vómitos fe-

caloides; la operación permitió reconocer que había invaginación de 50 centímetros de intestino.

M. Albu: Hace notar que los vómitos fecaloides pueden no existir en caso de obstrucción intestinal por cálculo. Así, por ejemplo, él ha observado á un hombre de setenta años que, por intervalos, había tenido ictericia con fenómenos dolorosos poco marcados; habíase pensado, no en la colelitiasis, sino en una ictericia catarral; de repente la ictericia reapareció invadiendo todo el tegumento, al mismo tiempo que la fiebre aparecía y que el pulso volvíase pequeño y malo; el paciente sucumbió en dos días, sin que nadie se hubiese atrevido á operarle, á causa de su edad avanzada y del estado del colapso en el cual se encontraba. Aun cuando no pudo hacerse la autopsia, el orador estima que los accidentes habían sido causados por el engatillamiento de un cálculo en el duodeno; la ictericia puede faltar en tal circunstancia; si se produjo en ese individuo, es sin duda por consecuencia de la compresión de la ampolla de Vater.

M. A. Fränkel: Llama la atención sobre ciertos casos de íleo, en los cuales existen vómitos fecaloides sin ningún otro síntoma de interrupción del curso de las materias. En calidad de ejemplo, recuerda la observación de una mujer de edad avanzada que fué acometida súbitamente de vómitos fecaloides profusos; el orador hizo el diagnóstico de comunicación entre el colon y el estómago, siendo así que en realidad se trataba del paso de un cálculo biliar al duodeno; los vómitos pueden explicarse por la irrupción del contenido estomacal en la vesícula, donde se pudre.

M. Karewski: Declara que los hechos análogos al que acaba de referir el Dr. Fränkel deben de ser muy raros; casi siempre los vómitos fecaloides que sobrevienen sin meteorismo y con conservación de las deyecciones, dimanen de una obstrucción calculosa. Para que el meteorismo se produzca, es necesario que haya peritonitis, ora de origen intestinal, ora por perforación de la vesícula y paso de la bilis al intestino, y éste fué sin duda el caso en el enfermo del Dr. Albu. El orador cita á este propósito la observación de un hombre, portador de una hernia, y que había presentado accesos de cólicos algunos años antes, habiendo estallado accidentes de obstrucción; el Dr. Karewski, al revés de otros Médicos, que creían en una estrangulación hernial, admitió la existencia de una perforación de la vesícula biliar; la operación, en efecto, hizo descubrir bilis en el saco hernial.

(*Soc. de Med. inter. de Berlin*).

* * *

Curabilidad del cáncer.—El distinguido Profesor vienés, A. Adamkiewics, acaba de dilucidar este interesante tema, publicando la observación que resumimos á continuación.

Se trata de una mujer que en la época de su primera consulta, es decir, un año antes, presentaba un cáncer uterino muy avanzado. Los ligamentos anchos y la vagina estaban invadidos; el recto y la

vejiga estaban amenazados de una inminente invasión. En una palabra, las lesiones eran tan extensas, que el Profesor Alber juzgó el caso inoperable.

En esas condiciones, el Médico asistente resolvió someter á la enferma al tratamiento por las inyecciones de *cancroína* de Adamkiewics.

El resultado no se hizo esperar. Pronto las hemorragias y los dolores desaparecieron, volviendo el sueño al mismo tiempo que el apetito. El examen local mostró un reblandecimiento y una disminución de volumen de la masa neoplásica. Después la marcha retrógrada de las lesiones siguió acentuándose, y un año después del tratamiento se comprobó lo siguiente:

La vagina había recuperado su elasticidad y su capacidad normales; los fondos de saco estaban libres; el meato urinario, primitivamente infiltrado y muy saliente, había vuelto á su sitio y aspecto normales. En cambio, el útero estaba voluminoso, abollonado, indurado, adherente á la pared abdominal, aun permaneciendo indoloro. Su aspecto era absolutamente normal, exceptuada una ulceración crateriforme del labio posterior del cuello.

Para explicar ese estado de cosas, Adamkiewics supone que la *cancroína* ejerce su acción solamente sobre las células cancerosas jóvenes y en vía de crecimiento; esas células comenzarían por ablandarse, y luego serían reabsorbidas ó eliminadas. Pero en los cánceres voluminosos y antiguos, algunos de los elementos anatómo-patológicos no reaccionarían á la acción de la *cancroína*, ó por lo menos, no obstante su necrosis, no serían eliminados, permaneciendo en su sitio en medio de los tejidos sanos, y formando allí núcleos indurados, más ó menos extendidos.

Adamkiewics, de la observación precedente deduce las siguientes conclusiones:

- 1.^a El cáncer es curable.
- 2.^a El problema de la curación del cáncer debe considerarse científicamente resuelto.

(Berl. Clino. Woch.)

*
*
*

Signo precoz de predisposición tuberculosa.—Nada de cuanto se diga para anticiparse á la aparición de la tuberculosis, ó á sus más fuertes manifestaciones, debe desdeñarse. M. Tétau preconiza un signo basado sobre el examen de la temperatura de los individuos, tomada á las siete de la mañana y á las cinco de la tarde, durante diez á quince días, y sacando de allí la temperatura media. De sus pacientes investigaciones, y del principio de que á mayor actividad en los cambios orgánicos, mayor predisposición, concluye:

Los individuos pueden presentar una media de 37'6 á 38"; media de 37 á 37'5; media por bajo de 37. Los primeros tienen combustiones internas muy activas; son predispuestos á la tisis. Los segundos

son individuos normales. Los terceros son personas de reacciones y cambios lentos; son artríticos, herpéticos ó escrofulosos. Aquéllos son los que ofrecen casos de tisis agudas; éstos, los que si llegan á tuberculizarse dan los ejemplos de tisis fibrosa, de tuberculosis pulmonar, que los enfermos resisten largo tiempo.

(Arch. méd. de Angers).

BIBLIOGRAFÍA

Mitjavila y Rivas (D. Jaime).—*Tratado teórico-práctico de Radiografía y Radioscopia clínicas.*

Las brillantes lecciones del curso dado en el Instituto de Higiene militar por el Médico Mayor Sr. Mitjavila, han tenido un utilísimo complemento con la publicación compendiada de dichas lecciones en un bien escrito tratado, que entre todas las buenas condiciones que reúne sobresalen lo completo de su plan y práctico de su exposición.

Es positivamente un libro, más que nada excepcional, por lo sin reservas que está escrito, cualidad muy rara en la inmensa mayoría de los autores que se ocupan de exponer los resultados de sus experiencias en estudios prácticos de laboratorio.

Además, el libro del Sr. Mitjavila reúne, estudiado y analizado, todo cuanto al presente se ha dado á conocer sobre Radiografía y Radioscopia; y aunque no fuera más que por esta circunstancia, merece su obra toda clase de plácemes y aplausos, sobre todo tratándose de un asunto en que por lo menos la literatura patria no está sobrada.

El carácter práctico y científico útil que ha logrado imprimir á su libro el autor, comienza demostrándose en la primera parte de la obra, pues no contentándose con hacer una concienzuda aunque breve exposición de las nociones fundamentales de Electrología, estudia minuciosamente los principales aparatos de electricidad estática, galvánica y de inducción, cuyo conocimiento pueda interesar más al radiólogo.

La segunda parte, dedicada á la Radiología, es completísima y tiene el característico sello de quien, como su autor, domina teórica y prácticamente y á diario ejecuta aquéllo que deja transcrita en el libro.

La última parte, en que se ocupa de las aplicaciones de la Radiología á las ciencias médicas, conserva igual mérito que las anteriores, y como ellas carece de ampulósidades y rellenos de otras muchas obras, que el menor inconveniente que pueden producir es el de cansancio en el lector por no encontrar pronta utilidad en su lectura.

Acaso por ser todo lo contrario el libro del Sr. Mitjavila obliga su lectura á hacerse con reposo y lentamente, pues en absoluto puede afirmarse que nada de lo que dice huelga, ni nada de lo que estudia carece de importancia para el objeto que en su obra se propone.

A mayor abundamiento, no ha escatimado las representaciones gráficas, utilísimas en toda esta clase de trabajos, hasta el punto de que en un libro de poco más de 200 páginas se intercalan 102 grabados.

La REVISTA DE SANIDAD MILITAR se complace en felicitar al señor Mitjavila por su obra, digna por todos conceptos de sinceras é imparciales alabanzas.

M. S.

FÓRMULAS

428

Cloruro sódico	10	gramos.
Sulfato sódico.....	1	»
Fosfato cálcico	} áá 40 centigramos.	
» magnésico.....		
Carbonato sódico	} 30	
Fosfato sódico.....		

M.--En doce sellos, para tomar de uno hasta tres al día, si son bien tolerados, durante dos ó tres semanas.

En la **arterio-esclerosis**.

(L. Lévi).

429

Oxido negro de cobre.....	3	gramos.
Creta.....	1	»
Polvo de agárico blanco.....	6	»
Glicerina.....	5	»

M. - En sesenta píldoras, para tomar cuatro al día, en dos dosis, durante una quincena, administrando después el aceite de ricino.

En la **tenia de los niños.**

(*Filatoff*).

SECCION PROFESIONAL

ASCENSOS

Exposición.

«Señor: Disminuída considerablemente la extraordinaria excedencia que existía en las escalas activas de las Armas y Cuerpos del ejército, y que motivó los Reales Decretos de 15 de Febrero de 1899 y 14 de Marzo de 1900, hasta el punto de que en las clases superiores ha llegado á extinguirse en absoluto el personal que excedía de sus plantillas, parece que no está justificada actualmente la aplicación de dichas soberanas disposiciones, dictadas con carácter transitorio y circunstancial, en obediencia á una necesidad ya satisfecha.

Entiende, por tanto, el Ministro que suscribe, que el movimiento de las escalas debe regularse, en lo sucesivo, restableciendo la normalidad que establecen los artículos 3.º y 4.º del vigente reglamento de ascensos en tiempo de paz, ó sea destinando á la amortización, en las clases en que aún existe excedente, la tercera parte de la totalidad de las vacantes que en las mismas se produzcan. En tal concepto, tiene el honor de someter á la aprobación de V. M., de acuerdo con el Consejo de Ministros, el adjunto proyecto de decreto.

Madrid 2 de Julio de 1902.—Señor: A L. R. P. de V. M., Valeriano Weyler.

Real Decreto.

A propuesta del Ministro de la Guerra, y de acuerdo con el Consejo de Ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Quedan derogados los Reales Decretos de quince de Febrero de mil ochocientos noventa y nueve y catorce de Marzo de mil no-

vecientos, y se restablecen en toda su fuerza y vigor, para la provisión de las vacantes de Jefes y Oficiales y sus asimilados que ocurran en las escalas activas de todas las Armas y Cuerpos del ejército, las prescripciones de los artículos tercero y cuarto del reglamento de ascensos en tiempo de paz. aprobado por Real Decreto de veintinueve de Octubre de mil ochocientos noventa.

Art. 2.º Esta disposición deberá aplicarse desde luego á las primeras propuestas que hayan de formularse, y en ellas se proveerán las vacantes teniendo en cuenta el turno á que se hubieran adjudicado en las últimas propuestas aprobadas.

Dado en Palacio á dos de Julio de mil novecientos dos.—Alfonso.—El Ministro de la Guerra, Valeriano Weyler».

*
**

«Circular.—Excmo. Sr.: Restablecidos nuevamente en toda su fuerza y vigor, por el Real Decreto de esta fecha, los artículos 3.º y 4.º del reglamento de ascensos de 29 de Octubre de 1890, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien resolver que se consideren asimismo vigentes las prescripciones contenidas, para la interpretación del mismo, en la Real Orden de 4 de Julio de 1898 (C. L. núm. 284), exceptuando las referentes al servicio de Ultramar y las cuatro disposiciones transitorias que carecen ya de aplicación, y que en su consecuencia quede derogada la Real Orden Circular de 15 de Febrero de 1899 (C. L. núm. 30).

De la de S. M. lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 2 de Julio de 1902.—Weyler.—Sr...»

*
**

ESTANCIAS DE HOSPITAL

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de un escrito que dirigió á este Ministerio el Capitán General de Cataluña, consultando si el reintegro de las estancias que se causen en los hospitales militares por los individuos de Guardia Civil y Carabineros, con arreglo á la Real Orden de este Ministerio de 10 de Abril último (C. L. núm. 81), habrá de hacerse al respecto de la mitad de su haber íntegro, aunque éste sea superior á tres pesetas, ó si para los que se hallan en este caso ha de subsistir la Real Orden de 14 de Enero de 1891 (C. L. núm. 23), que fijaba el precio de 1'50 pesetas por estancia; considerando que al dictarse la Real Orden de 10 de Abril último se tuvo presente el favorecer á la mayor parte del per-

sonal de dicho Cuerpo é Instituto, sobre todo de los que disfrutan de más modesto haber, con muy corto perjuicio de una mínima parte del referido personal; teniendo en cuenta que á éste, por el mero hecho de devengar mayor haber, es justo se le grave proporcionalmente al mismo para el reintegro de las estancias, y siendo conveniente exista la mayor uniformidad en toda disposición de carácter general, el Rey (Q. D. G.) se ha servido resolver quede subsistente la mencionada Real Orden de 10 de Abril último, y, en su consecuencia, sean sufragadas al respecto de la mitad del haber íntegro diario, las estancias que causen en los hospitales militares las clases é individuos de tropa de Guardia Civil y Carabineros, aun cuando el haber de algunas de ellas exceda de tres pesetas diarias.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 2 de Julio de 1902.—Weyler.—Sr...»

*
*
*

DESTINOS

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de la consulta elevada á este Ministerio por el Capitán General de Aragón, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer que el Médico segundo de Sanidad Militar que figura de plantilla para eventualidades en Huesca, preste el servicio de su clase en el Fuerte de Coll de Ladrones, y que en atención á las condiciones de la localidad se aplique, para la provisión de dicho destino y permanencia en él, lo dispuesto para los de Canarias y plazas de Africa.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 8 de Julio de 1902.—Weyler.—Sr...»

*
*
*

COMISIONES

«Circular.—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer que los Tribunales que hayan de juzgar las oposiciones á las plazas de instrucción en el extranjero para Médicos y Farmacéuticos primeros á que se refiere la convocatoria autorizada por Real Orden de 3 de Febrero último (D. O. núm. 27), se atengan á las instrucciones siguientes:

1.^a El día 14 de Agosto próximo venidero celebrarán dichos Tribunales reunión previa para revisar las instancias y documentos presentados por los aspirantes, designar los temas para el ejercicio oral y acordar lo pertinente para la práctica de las oposiciones.

2.^a A las ocho de la mañana del día 16 del citado mes se constituirá el Tribunal de Medicina en la Academia Médico-Militar y el de farmacia en el Laboratorio central de medicamentos de Sanidad Militar, con asistencia de los respectivos opositores.

3.^a Constituidos los Tribunales, cada Secretario dará lectura á las Reales Ordenes Circulares de 13 de Febrero de 1901 (*C. L.* núm. 29) y 3 de Febrero del presente año (*D. O.* núm. 27), relativas á la creación de las comisiones que han de conferirse y á la convocatoria de las oposiciones de que se trata, así como también á esta disposición y á la lista de los opositores. Acto seguido se determinará por sorteo el orden en que éstos hayan de actuar, y si los Tribunales lo creyeren oportuno se dará inmediato comienzo al primer ejercicio.

4.^a De acuerdo con lo que preceptúa el apartado 7.º de la convocatoria, la oposición constará de dos ejercicios, consistiendo el primero, tanto para los Médicos cuanto para los Farmacéuticos, en el desarrollo oral de un tema relativo al objeto de la comisión. Para el efecto, en sesión pública el Secretario respectivo procederá á insacular las papeletas, cada una de las cuales consignará un tema, siendo el número de éstos doble del de opositores que hayan de verificar el ejercicio. Acto seguido el opositor á quien por número de sorteo corresponda sacará una papeleta y explanará el tema que le hubiere tocado en suerte, empleando una hora como límite máximo. En igual forma actuarán los demás opositores.

5.^a Para los Médicos primeros consistirá el segundo ejercicio en practicar en el cadáver una operación quirúrgica designada por la suerte, para lo cual, en analogía con lo dispuesto para el primer ejercicio, el Tribunal redactará previamente doble número de temas que el de opositores que hayan de actuar, insaculando el Secretario, una vez abierta la sesión, las papeletas necesarias. El opositor á quien corresponda practicar el ejercicio sacará una papeleta, y tras la exposición verbal de lo que juzgue pertinente al acto quirúrgico que va á realizar, exposición que no podrá durar más de veinte minutos, procederá á ejecutarlo, con la limitación de tiempo que el Tribunal en cada caso determine.

6.^a El ejercicio práctico será el mismo para todos los opositores Farmacéuticos, que lo realizarán simultáneamente, en la forma y condiciones que el Tribunal acuerde.

7.^a El tema teórico ó práctico sacado á la suerte por un opositor, no podrá servir para que actúe ningún otro.

8.^a Sólo por motivo de enfermedad, oportuna y debidamente justificada, podrá el opositor dejar de asistir al primer ejercicio, en cuyo caso actuará en último lugar; siendo en absoluto inexcusable la asistencia al

ejercicio práctico, quedando el opositor que no concurra en el día y hora que se le fije para efectuarlo, eliminado del concurso.

9.^a Tanto el Tribunal Médico como el farmacéutico cuidarán de que con un día de anticipación se fije en la tablilla de anuncios de la Academia Médico Militar y del Laboratorio central de medicamentos la citación que marque el día y hora en que haya de verificarse sesión pública y la lista de los opositores y suplentes designados para actuar, documento que visarán los Presidentes y suscribirán los Secretarios respectivos.

10. Terminada la oposición, cada Tribunal, en sesión secreta, procederá á la designación del que haya de ser propuesto á la superioridad para ocupar la plaza de instrucción en el extranjero. Al efecto, cada juez votará al opositor que considere más apto, eligiéndose al que obtenga mayoría absoluta. Si ningún opositor la alcanzase, se procederá á segunda votación, sólo entre los que hubiesen logrado mayor número de votos, haciendo inmediatamente público el Presidente del Tribunal correspondiente el nombre del Médico ó Farmacéutico designado para la propuesta de referencia.

11. Una vez terminados los ejercicios, remitirán los Tribunales á la Sección de Sanidad Militar de este Ministerio las correspondientes actas, devolviendo los documentos relativos á los opositores.

Es asimismo la voluntad de S. M. que por los Capitanes Generales de las regiones, á propuesta de los respectivos Jefes de Sanidad Militar, se facilite pasaporte á los Médicos y Farmacéuticos primeros que hubiesen solicitado tomar parte en las operaciones, con la anticipación debida, á fin de que se encuentren en esta Corte antes del día 14 de Agosto próximo venidero.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.— Madrid 23 de Julio de 1902.
—Weyler.—Sr...»

VARIEDADES

Durante el mes de Junio último han ocurrido en esta Corte 1.122 defunciones, que arrojan un término medio diario de 37'40 y una proporción de 2'121 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1901 hubo 1.213 defunciones.

De la clasificación por edades, resultan: 260, de menos de un año; 190, de uno á cuatro años; 84, de cinco á diez y nueve; 155, de veinte á treinta y nueve; 189, de cuarenta á cincuenta y nueve; 242, de sesenta en adelante, y 2 sin clasificar.

Las principales causas de defunción, han sido: pneumonía y broncopneumonía, 109; diarrea y enteritis (de menos de dos años), 94; meningitis simple, 91; bronquitis aguda, 63; congestión y hemorragias cerebrales, 59; enfermedades orgánicas del corazón, 45; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 44; tumores cancerosos, 32; varias tuberculosis, 32; meningitis tuberculosa, 28; tuberculosis pulmonar, 27; fiebre tifoidea, 27; bronquitis crónica, 21; sarampión, 21; senectud, 16; grippe, 14; coqueluche, 12; afecciones puerperales, 8; debilidad congénita, 8; difteria y crup, 3; suicidios, 3; viruela, 1; otras causas de defunción, 294.

*
**

Se ha publicado el *Vigésimo segundo suplemento á La Oficina de Farmacia* según Dorvault, que bajo la dirección del ilustre Farmacéutico y Catedrático D. Joaquín Olmedilla y el eminente químico D. Filiberto Soria publica la casa editorial de los Sres. Bailly-Bailliére é Hijos.

Por el creciente favor que los Sres. Farmacéuticos vienen dispensando á esta publicación, y los grandes servicios que en el Laboratorio presta, creemos inútil todo elogio, limitándonos á dar á conocer algunos de los principales estudios que merecen consignarse, pero que no significa, en modo alguno, que sean los únicos dignos de fijar la atención del lector.

Hay, pues, entre los artículos de este volumen más de 200 fórmulas en el recetario, todas de gran utilidad; dos nuevos ureómetros, que facilitan la valoración de la urea en la orina, y algunas observaciones prácticas realizadas con motivo de la nueva edición de la Farmacopea francesa. Merece consignarse un procedimiento que se indica para determinar con facilidad las diferencias entre la sangre humana y la de los animales, valiéndose del agua oxigenada, con lo cual se resuelve un importante y transcendental problema químico y médico-legal.

Algunas particularidades de gran valor práctico en la preparación de los extractos fluidos, son igualmente de gran interés, así como las curiosas observaciones que se consignan acerca de la profilaxia del paludismo y su patogenia, que revelan la última palabra de la ciencia acerca del particular.

Son también muy curiosos los experimentos de Lebón respecto á la transformación de algunos cuerpos simple, los cuales se consignan ilustrados con las correspondientes figuras. Debe también llamar nuestra atención lo referente al alumbrado por medio de microbios ó fotobacterias, así como las observaciones acerca de la presión osmótica, que se expone en otro artículo de interesantes datos nuevos relativos al análisis de la orina. Tampoco debemos dejar de referir algunas nuevas consideraciones que da á conocer relativas al análisis de las aguas potables y minero-medicinales, entre ellas una modificación al procedimiento hidrotimétrico, que convendrá tener presente al emplear este ventajoso medio de investigación de la potabilidad del agua.

Mucho sería lo que tendríamos que escribir para dar cuenta exacta del libro; mas con las breves consideraciones expuestas creemos haber llamado la atención sobre su importancia, por lo que nos limitamos á recomendarla á nuestros lectores, por considerarla como factor indispensable para el mejor desarrollo de la profesión farmacéutica.

La obra se vende en todas las librerías y en la Casa editorial, plaza de Santa Ana, 10, Madrid.

*
*
*

Hemos recibido el primer número de la *Revista de Farmacia Militar*, que ha empezado á publicarse bajo la dirección del ilustrado Farmacéutico mayor D. Federico Calleja y Marcoartú, y que aparecerá quincenalmente, como órgano de los Farmacéuticos militares españoles.

Agradecemos sinceramente el cariñoso saludo que nos dirige dicha publicación, así como el espíritu de compañerismo en que se informa la atenta carta con que nos acompaña el referido número su distinguido Director.

La REVISTA DE SANIDAD MILITAR desea muchos años de vida al nuevo periódico, para que pueda llenar cumplidamente la importante y desinteresada misión que se ha impuesto; en esta tarea encontrará, por nuestra parte, la *Revista de Farmacia Militar*, la cordial acogida á que es acreedora, por la clase y por los intereses que representa, por los dignos individuos que constituyen su redacción y por la sinceridad de sus propósitos.

*
*
*

Con atento B. L. M. del Excmo. Sr. Inspector Jefe de la Sección de Sanidad Militar del Ministerio de la Guerra, hemos recibido el *Informe sobre los orígenes de la fiebre tifoidea en la guarnición de Zaragoza y medidas higiénicas que es preciso adoptar para evitarla*, redactado por el Médico mayor D. Manuel Martín y Salazar y el Médico primero don Emilio Pérez Noguera. Enviamos á nuestro respetable Jefe las más expresivas gracias por su atención.

Publicaciones recibidas, cuya remisión agradecemos á sus autores ó editores:

Revista de Farmacia Militar.—Periódico científico profesional, dirigido por *F. Calleja y Marcoartú*.—Publicación quincenal.—Madrid. 1902.

Estudio de los salicilatos de bismuto.—Por *D. Joaquín Más y Guindal*, Doctor graduado en Farmacia y Farmacéutico de Sanidad Militar.—Madrid. 1902.

Revista políglota.—Único número del Colegio de Cervantes.—Barcelona. 1902.

Gazete medica do Paraná.—Publicação mensal, *Director Doctor Espindola*.—Curityba (Brasil). 1902.

Statistica sanitaria dell'Armatta per gli anni 1897 e 1898.—Ministero della Marina. Ufficio Sanitario.—Roma. 1902.

Anales de la Real Academia de Medicina.—Tomo XXII. Cuadernos 2.^o y 3.^o—Madrid. Junio de 1902.