

## CIRUGÍA DE LA MÉDULA

Conferencia dada en la Escuela Práctica de Especialidades Médicas  
en el curso de 1902 á 1903.

SEÑORES:

La cirugía de la médula, diga lo que quiera Chipaul, aunque la acometemos al presente, está verdaderamente reservada á los Cirujanos del porvenir; porque los que, como nosotros, antes que Cirujanos queremos ser Médicos, y antes que Médicos fisiólogos, y aun antes que fisiólogos servidores fieles de la tradición científica, que no marcha, por cierto, al paso acelerado y de ataque con que quieren llevarla nuestros más ilustres carniceros; nosotros, los que así pensamos, y afortunadamente somos muchos en España, concedemos muy poca importancia al hábil manejo de la cuchilla, y, como no nos ofusca su brillo, pensamos que vale más nuestra inacción reflexiva, siquiera ésta nos relegue á la obscuridad y al olvido, pero que de todos modos no nace ni es hija de pueril timidez, sino que surge del hondo convencimiento en que estamos de que allí donde nuestra razón no alcance á penetrar con las armas del análisis no será empresa más lucida ir á buscar, salir en busca de aventuras armado de bisturí y tajando á diestro y á siniestro. Digo esto para empezar, y á modo de aperitivo, porque me pasma y asombra el leer esta misma tarde, con motivo de esta conferencia, las últimas estadísticas de la cirugía nerviosa en Europa y parte de

las de América; me pasma, digo, lo que no sé si calificar de fresca, de inconsciencia ó del más escandaloso tupé, y es que todos los Cirujanos atribuyen á la septicemia sus numerosos fracasos, que pueden contarse casi por el número de operaciones realizadas, sin otra razón para ello que el plazo transcurrido entre el momento de la operación y la muerte, demasiado lejana ésta para que pueda ser imputada al shock, demasiado pronta para poder, según ellos, invocar otras causas que no sean la septicemia. Pero, ¿es que estos Cirujanos, consumados maestros en el arte de la desinfección y la asepsia, cuyo solemne ritual practican con tan desusado lujo que se hace preciso una más que mediana fortuna para poder imitarlos; es que estos Cirujanos lo olvidan todo cuando abren el raquis? ¿Cómo, pues, triunfan casi siempre de la infección cuando traumatizan la inmensa extensión del vientre ó los recónditos senos de la cavidad pleural y fracasan al trepanar simplemente una lámina vertebral para abrirse paso por ella en la cavidad del raquis? Lo que me pasma, decía, es que esta sencilla observación, que á mí y á cualquiera de nosotros se nos ocurre á la vista de estos hechos, no la haya encontrado reflejada en ninguno de los extensos trabajos y monografías de que tengo noticia, en tanto que, con rara unanimidad y con absurdo criterio, se invoca por todos la septicemia como causa de la muerte. Si algo pueden tener de original las cuatro series con que, obligado por fuerza mayor, me veo compelido á llenar reglamentariamente la hora de esta noche, será, sin duda, el despertar de la atención que evocando el recuerdo de otros hechos análogos, que me han conmovido dolorosamente por ocurrirme en la práctica, me suministran materia de reflexión para el asunto que nos ocupa, siquiera no vea claramente ahora el modo y la forma de poder desarrollarlo por tener como en gestación las ideas y no ser llegado aún el momento del parto; pero en fin, el embrión de la cosa es que á mí me ha ocurrido perder también casi todos mis operados de la médula, y la muerte, como en los casos á que antes me refería, también ha tenido lugar, ni tan pronto que pueda atribuirse al shock, ni tan tarde que no fuera consolador para mí aho-

gar el recuerdo del muerto arrojando á su fosa unas cuantas pale-  
tadas más de la dichosa septicemia. La diferencia estriba, á mi  
juicio, en que á nosotros, los pueblos de temperamento latino, nos  
persigue con insistencia, nos atormenta demasiado la visión interna  
de nuestras propias faltas; y si en materia política somos irredimi-  
bles, en materia de ciencia, y sobre todo de ciencia aplicada al pro-  
blema inmenso, transcendental y gravísimo de resolver sobre la  
vida humana, hay que proclamar muy alto lo que no sé si será  
un mal ó será un bien, probablemente será un bien, y es que los  
Médicos españoles no adelantamos un paso sin sentir antes muy  
firme el suelo que pisamos. Sea de ello lo que quiera, es lo cierto  
que si á la hora presente ignoramos aún de qué murieron nuestros  
enfermos, no es menos positivo que no nos deja un momento,  
que á todas partes nos sigue la visión dolorosa de aquellos casos  
tristísimos, y que, acosado el pensamiento, no hallará tregua ni  
reposo ínterin no solucione, por inspiración ajena ó propia, este  
interno conflicto, lo cual engendra en el ánimo la natural resolu-  
ción de no acometer empresas de este género mientras permanez-  
can en pie la incertidumbre y la duda. Esto, señores, como se ve,  
no es poquedad de ánimo, no es pusilanimidad, no es timidez, es,  
al contrario, saludable rigor intelectual, disciplina del espíritu que  
pide para nuestro arte, no habilidad manual, sino inflexible rigor,  
el mismo rigor inflexible del método matemático, que exige que  
no se pase de un problema á otro sin solucionar antes satisfacto-  
riamente el primero. Pues bien; si, como antes decía, las ideas que  
tengo sobre esta materia están aún en mi espíritu en forma indis-  
cernida y nebulosa, en cambio se conserva con caracteres indele-  
bles la memoria de aquellos casos perdidos, y en vez de conten-  
tarme con grabar, como en día de difuntos, sobre estas sepulturas  
quirúrgicas una breve inscripción que diga: septicemia, me paro  
á meditar sobre ellas, atormentándome de continuo con esta eterna  
pregunta, que nunca tiene contestación: ¿De qué murieron? To-  
das aquellas vidas, al extinguirse, tuvieron de común en la muerte  
el mismo tránsito reposado y tranquilo, sin dolor y sin sufrimiento,

sin delirio y sin violencia alguna, fué el morir una extinción lenta y gradual, hasta llegar á ser definitiva, de todas las funciones vitales; con esto queda dicho que no hubo ni la hipotermia del colapso ni la hipertermia de las reacciones traumáticas; la cifra térmica, con ligeras oscilaciones sobre la normal y por bajo de ella, es una cifra muda que no añade ni quita interés á la observación de estos casos; lo mismo digo de la respiración y del pulso, con aquellas salvedades, naturalmente, que se relacionan con las alteraciones, siempre iguales y de todos sabidas, que acompañan á los estados preagónicos. Por lo que hace á la inteligencia, velada ya desde que se consumó el traumatismo, ó se apagó insensiblemente al compás de las funciones de la vida orgánica, ó si brilló algunos instantes fué para sumirse bien pronto en un sopor apacible, precursor de la muerte. En suma; descartada por completo la septicemia, que en cualquiera de sus formas en nada se parece á esto, sólo he visto morir así á los que sucumbieron de una hemorragia lenta é incoercible y que por una ó por otra causa era imposible dominar. Así, en medio de este sueño apacible, he visto sucumbir á un varicoso hemofílico, y no hace mucho tiempo tuve ocasión de ver á un distinguido actor de esta Corte rendir tranquilamente la vida por una hemorragia indomitable (pues que la intervención que propuse fué rechazada), consecuencia de esas ulceritas microscópicas que roen el estómago y constituyen la famosa exulceración de Dielafoy. Pues bien; me ocurre pensar, que si con razón se califican de verdaderas neurorragias las pérdidas nerviosas que pueden ocurrir en el acto traumático cuando éste tiene lugar sobre partes distantes de los centros nerviosos, abrir éstos directamente equivaldrá, sin duda alguna, á agredir, directamente también, un vaso tal como la aorta, ó la misma cavidad ventricular, y si no sobreviene la muerte con la instantaneidad que en estos últimos casos, es sin duda porque no hay más que un corazón en el cuerpo, en tanto que la moderna investigación fisiológica parece anticiparnos la idea de que existen muchos corazones nerviosos, verdaderos acumuladores de la energía ó transformadores de ella, focos de re-

serva que podrán subvenir por algún tiempo á las necesidades inmediatas de una neurorragia fulminante. Si esta hipótesis, ó mejor, si esta imagen, porque no me atrevo á calificarla de hipótesis, fuese, no digo exacta, sino aproximada á la verdad, se explica bien la lentitud de esta inevitable muerte; y digo inevitable, en el momento presente, á menos que surja otro Pean que nos invente una pinza con la que podamos atajar esta hemorragia nerviosa. La conclusión, señores, de todo esto es realmente desconsoladora, y ateniéndome estrictamente á ella podría dar fin á esta conversación amistosa con muy pocas palabras, diciendo sencillamente que en el estado actual de la ciencia la cirugía medular no pasa de ser una aspiración irrealizable; empero el éxito notorio de algunos casos aislados me obliga á meditar sobre ellos, exponiendo de paso á la consideración de ustedes todo lo que sobre la materia que nos ocupa me parece digno de reflexión y de estudio. En primer lugar, veamos cuáles son los casos en que la idea de una intervención puede presentarse á nuestro espíritu como un problema á resolver; por de contado que nos referimos solamente á las lesiones primitivas ó secundarias de la médula y sus cubiertas, no á la cirugía del raquis; este es un capítulo aparte, fecundo en resultados y lleno de promesas, no así el que se refiere á la médula, que es el que vamos á analizar.

A tres grandes grupos podemos reducir estas lesiones: traumáticas, infecciosas y neoplásicas.

Las lesiones meningo-medulares de origen traumático pueden ser contusas, incisivas ó punzantes, por arma blanca ó por proyectil de arma de fuego. La sección puede ser incompleta ó total; en el primer caso, un derrame intersticial de sangre disocia los tubos nerviosos, alojándose interfascicularmente en el sentido de su longitud; en el segundo caso, cuando la sección es total, los dos cabos medulares, aunque no se retraigan visiblemente, la sangre derramada é interpuesta entre ellos dificulta su reunión, que no podrá hacerse en todo caso, sino por formación conjuntiva, por tejido inodular sin especialización funcional alguna. Las lesiones contu-

sas van generalmente seguidas de compresión por hemorragia, con atrición ó sin ella, del tejido medular; la atrición, cuando existe, se reparte en dos zonas: una, directamente traumatizada, que se caracteriza por la necrosis de los elementos fibrilares; otra, contigua á ésta, en que los tubos nerviosos segmentan la mielina de sus cilindros-ejes, cuya alteración se traduce en la clínica por cambios funcionales metaméricos en relación con el segmento medular lesionado.

Las lesiones infecciosas intrarraquidianas son muy numerosas y todas ellas gravísimas, siendo su localización constante una perimeningitis supurada; por el orden de frecuencia, la determinan primeramente el tubérculo, luego los stafilococos, streptococos y pneumococos, más raramente el bacilo de la influenza.

Cuanto á las neoplasias desenvueltas primitivamente en el tejido medular, hay que confesar que son muy raras; el glioma, que con tanta frecuencia se ve en la retina y el cerebro, es muy raro encontrarle en la médula; derivado directamente del tejido conjuntivo, presenta tan extraordinaria pastosidad y blandura que basta el crecimiento á desgarrar sus vasos neoformados, infiltrando la sangre el tejido medular subyacente. Los tumores que hasta hoy se han encontrado más frecuentemente en la médula son los gomas sifilíticos y los tubérculos solitarios, ó bien un conglomerado tuberculoso cuando esta diatesis ha minado ya los parénquimas viscerales; en cambio, no se citan observaciones de carcinomas y sarcomas desarrollados en la médula; estos tipos epiteliales son privativos de las cubiertas medulares, desarrollándose en las meninges con excesiva frecuencia ya el sarcoma ya el psanmoma, que no es sino una variedad de epitelioma ó un sarcoma esponjoso del tipo angioltico.

Por último, y para los efectos de una intervención posible, podemos considerar de una manera accesoria á estos mismos tumores intrarraquidianos cuando arrancan, no de las meninges, sino del almohadillado conectivo que las une blandamente al hueso, en cuyo caso hay que añadir á la lista, por su excesiva frecuencia, los

quistes hidatídicos. Y, en fin, para completar en lo posible esta relación sucinta, hecha con la premura á que el tiempo nos obliga, y aunque por la importancia que envuelve merezca un capítulo aparte, diremos cuatro palabras sobre la espina bífida, haciendo gracia á ustedes, en obsequio á la brevedad, de los neuromas des-envueltos á nivel de los agujeros de conjugación, que, por ser origen de las atroces neuralgias radicales y propagarse hasta el tejido celuloso intrarraquídeo, debieran caer también bajo nuestra inspección y nuestro examen. La espina bífida es, como ustedes saben, una verdadera hernia de la médula y sus cubiertas, que rodeada de una cantidad muy variable de líquido se abre paso á través de una fisura congénita de los arcos vertebrales y se presenta á nosotros con todas las apariencias de una tumoración quística.

Con esto creo haber hecho desfilar ante ustedes la casi totalidad de los casos que se nos pueden presentar en la práctica. Ahora, el primer problema á resolver es el diagnóstico semeiológico de estas lesiones, del cual no me es dable otra cosa sino exponerles á ustedes la pauta que hay que seguir para llegar á encontrar una fuente de indicación. Este diagnóstico abraza los tres puntos capitales siguientes: Primero. Reconocer y afirmar la existencia de las lesiones mediante el examen de los trastornos sensitivos y motores, y de las alteraciones reflejas, vaso-motoras, tróficas y viscerales. Segundo. Determinar el asiento y la extensión, esto es, establecer el nivel de la lesión con relación al eje medular; por debajo de la segunda vértebra lumbar, sólo se tratará de lesiones radicales; por encima de ella, las lesiones radicales se asociarán en más ó en menos á los desórdenes medulares. Tercero. Precisar, en cuanto sea posible, la causa y naturaleza de la lesión medular; este diagnóstico, señores, podrá ofrecernos muchas veces una dificultad insuperable; la ausencia de toda tumoración aparente, y aun la falta de síntomas medulares, puede extraviar nuestro juicio, y existir, no obstante, un tumor sólo revelado por la autopsia.

En términos generales, la paraplegia dolorosa, intensísima en

edad avanzada, nos hará sospechar la malignidad del cáncer; la ausencia de trastornos sensitivos y la edad del sujeto, la sífilis; la contractura, el dolor y la atrofia; síntomas de irritación, en la localización meníngea, y los trastornos motores y sensitivos, en la sistematización medular. Mas, demos por supuesto que hemos resuelto á satisfacción el diagnóstico: ¿á qué quedará reducida, dentro de una práctica juiciosa, una intervención racional y aceptable? Por mi parte creo llegado el momento de declarar una vez más que en el estado actual de la ciencia conceptuamos absolutamente inoperables todos los casos primitivos ó secundarios de tumor intrarraquidiano, limitando la intervención operatoria, hoy por hoy, á la trepanación raquidiana en los casos de infección purulenta meningomedular y en determinados traumatismos. Dos procedimientos constituyen esta operación perfectamente reglada: uno, que conduce directamente á la cavidad del raquis, resecaando los arcos vertebrales, es la trepanación posterior; otro, que ataca el cuerpo de las vértebras por la vía circa-vertebral ó lateral, sin necesidad de abrir el raquis sino voluntariamente, y es el que podemos llamar resección vertebral anterior.

La trepanación posterior la efectúo de la manera siguiente: una incisión media profunda é intermuscular llega de un solo tajo hasta el ligamento infra-espinoso; con un perióstomo fuerte contorneo las apófisis y el periostio, unido á las masas fibrosas inter-espinosas y musculares, que rechazo á un lado; desnudo en seguida las láminas vertebrales á uno y á otro lado hasta poner al descubierto las apófisis transversas, seccionando, si es preciso, las ataduras tendinosas de los músculos á las apófisis articulares; no falta más que abrir el raquis cortando con la cizalla, ó, mejor, con la pinza cortante de Mathieu, las láminas vertebrales.

La trepanación anterior por la vía circa-vertebral varía necesariamente según la región que ha de ser atacada. En la región cervical el procedimiento de elección es la vía cervico-lateral. La incisión se hace á la altura reclamada por el nivel de la lesión; se rechazan á un lado el externo-mastoideo con el omoplato hioideo

y el paquete vásculo-nervioso, y se ataca el cuerpo vertebral por entre las masas prevertebrales, que se rechazan hacia dentro, y las que se atan á los tubérculos anteriores de las apófisis transversas, que se inclinan hacia afuera.

Para el ataque de la región dorsal se practica una incisión de 10 centímetros sobre el borde externo del canal vertebral de un lado; del punto medio de esta incisión, sobre un espacio intercostal y perpendicularmente á la primera, se practica una segunda incisión, resultando una  $\rightarrow$  horizontal; se resecan las costillas necesarias; con la sola ayuda del dedo se desprenden la pleura y los tejidos ambientes, poniendo al descubierto, por su cara anterior, el cuerpo vertebral.

Cuando la lesión recae al nivel de la porción lumbar, la incisión se hace sobre el borde externo de la masa sacro-lumbar, entre la cresta ilíaca y la última costilla; se incinde la hoja anterior de la aponeurosis sacro-lumbar, que se rechaza hacia afuera, dejando ver entonces la hoja media de la misma; se corta y rechaza ésta del mismo modo, se secciona en la misma dirección el cuadrado lumbar y se cae al fin sobre el borde interno del psoas; con un perióstomo se desinserta este músculo de las apófisis transversas que corresponden al foco de la lesión, cuidando mucho de no herir las ramas abdominales de las arterias lumbares que pasan por entre estas apófisis y los cuerpos vertebrales; esta desinserción debe hacerse, metódicamente, en la dirección de los nervios que atraviesan el psoas, esto es, de arriba á abajo.

Las indicaciones que llenamos con esta limitada y modesta intervención, á que reducimos hoy la cirugía medular, son casi siempre la separación de esquirlas, proyectiles y cuerpos extraños, y la abertura de abcesos peri-meníngeos. Aun así, nunca perdemos de vista la extremada gravedad que estas intervenciones revisten desde el momento que se abre el raquis. Es preciso vigilar mucho el estado del pulmón, combatir la constipación constantemente, y evitar las hipostasis colocando al enfermo sobre un colchón de agua. Contra la mielitis traumática, que sobrevendrá infaliblemente,

hay que ser parcós en el empleo de los revulsivos, por temor á las escaras; necesitaréis combatir la congestión medular con el cornezuelo de centeno á altas dosis y la belladona; la paraplegia, con el sulfato de zinc y la estrignina, y con la electricidad en un plazo más lejano. De la espina bífida no diré á ustedes más sino que no he vuelto á operar ninguna; cuatro operaciones realizadas bajo la más escrupulosa asepsia, ocluyendo la fisura con una lámina osteoperióstica y un buen colgajo músculo-aponeurótico, sin que en ninguna de ellas se siguiera derrame alguno de líquido, y, sin embargo, todas terminadas por la muerte, del tercero al sexto día, constituyen una lección ejemplar que no se olvida fácilmente.

Cuanto á las neuralgias radicales, guardáos, señores, más que nunca, de esos cantos de sirena que uno y otro día nos llegan del extranjero en forma de intervenciones afortunadas. Cierto que estas neuralgias son rebeldes y atroces, hacen insoportable la vida y arrastran desesperadamente al suicidio; cierto también que la elongación, la sección y aun la resección de la rama principal en el territorio inervado no producen otra mejoría sino el tiempo que tarda en desvanecerse el estupor, pasajero, de la parte traumatizada; pero contra la sección intrarraquidiana de la raíz posterior, tengo la experiencia tristísima de un caso que constituye un éxito quirúrgico y un desastre terapéutico: se trataba de una neuralgia en el dominio del cubital derecho; seccionamos, dentro del canal raquidiano, las raíces posteriores del octavo par cervical y primero dorsal; no hubo mejoría alguna; una meningo-mielitis difusa, con su terrible cortejo, fué la consecuencia, y una afección intercurrente de la vejiga acabó con la vida y los dolores del enfermo. Y menos mal, que la memoria de este caso y el continuo pensar en él nos ha procurado, no hace mucho, una feliz compensación; un señor, vecino de esta Corte, administrador de un acaudalado propietario, se presenta un día en nuestra casa llevado por mi ayudante el Dr. Pedraza: desnuda su brazo y nos enseña una cicatriz que denuncia la sección del radial, practicada con pericia, digna de mejor éxito, por un ilustrado Profesor de la Moncloa, y á continuación nos pide, senci-

llamente y con la naturalidad del mundo, que le amputemos su brazo ó bien, si lo creyésemos mejor, que le desarticuláramos el hombro; yo, que aleccionado con la experiencia del primer caso pensaba siempre en lo que habría de hacer con el segundo y meditaba una solución, creyendo encontrarla en la sección tegumentaria y completa de toda un área sensitiva, si el síndrome radículo-segmentario y el metamerismo medular lo consentían racionalmente, encontré llegada la ocasión de ensayarla, y al ver á nuestro hombre con tan buenos bríos y tan grandes arrestos, le expuse francamente mi pensamiento, la complacencia con que le ejecutaría si se prestaba á servirme de *ánima vili* y, por último, la posibilidad que arriesgaba de que tan grande sacrificio resultase completamente inútil; todo lo cual le pareció de perlas, y no fué tan pronto dicho como aceptado y llevado á la práctica. En efecto; profundamente anestesiado por el Dr. Pedraza, y encendido el termo al rojo blanco, practiqué limpiamente una línea de amputación circular que circuncidaba la raíz del hombro en todo el espesor del tegumento hasta interesar muy superficialmente las primeras fibras musculares; el resultado no se hizo esperar mucho y excedió nuestras esperanzas; dos años hace de esto, y no hace mucho he vuelto á ver á este hombre muy feliz y contento por verse libre de su neuralgia, de la cual se cree curado para siempre.

No quiero cansar á ustedes más. Con lo expuesto creo haber dicho cuanto sobre la cirugía de la médula me parece digno de especial mención, y como ustedes ven no he pretendido, ni mucho menos, hacer aquí un verdadero capítulo de Cirugía especial, éste le encontrarán ustedes, diseminado ó completo, en las obras especiales; he querido mostrarles solamente mi opinión personal en el asunto; si con este motivo he podido defraudar las esperanzas de ustedes, yo lo sentiré mucho; pero en tanto que la Ciencia biológica no nos resuelva de plano el gran problema á que me vengo refiriendo desde el principio, el problema de la hémostasia nerviosa como preliminar obligado en este género de operaciones, yo creo tener derecho á decir que, hoy por hoy, la cirugía de la médula

no es más que una aspiración generosa, pero del todo irrealizable; un verdadero ensueño que, no bien trata de descender un poco en la esfera de lo ideal y especulativo para tocar la baja tierra y convertirse en realidad, lleva aparejado consigo un amargo desengaño, y que, por lo tanto, como dije al principio, la cirugía de la médula está reservada, sin duda alguna, á un porvenir más dichoso, pero muy lejano todavía.

E. SEMPRÚM,  
Médico mayor.

---

## Prensa y Sociedades médicas

**La lucha contra la tuberculosis en los Estados Unidos.**—El periódico *Charities*, órgano semanal de las instituciones filantrópicas de Nueva York y de todos los Estados Unidos, anunció el 21 de Junio último una buena nueva en un artículo titulado «Un paso adelante en la guerra contra la tuberculosis».

Se había promovido en el seno de la *Charity Organization Society* la formación de un Comité especial de «Preservación contra la tuberculosis», que se constituyó el 16 de Junio, tomando por modelo á su hermano primogénito el *Tenementhouse*, creado hace tres años, y que ha prestado ya grandes servicios mejorando las condiciones higiénicas en las viviendas de los obreros de Nueva York.

El nuevo Comité publicó un manifiesto dando á conocer su creación y el fin que perseguía, exponiendo toda la gravedad del problema de la tuberculosis, cuya solución interesa en los actuales momentos al mundo entero, y dando una publicidad verdaderamente americana al llamamiento que insertamos, el cual está destinado á procurarle importantes recursos.

«El Comité de preservación contra la tuberculosis de la *Charity Organization Society*, estima que hacen falta lo menos 250.000 francos para hacer frente á los gastos de la obra que ha emprendido.

Los recursos de que dispone la Sociedad para el funcionamiento normal de su servicio de asistencia no deben reducirse ni pueden ser destinados al fin que persigue su Comité especial.

Con este dinero, el Comité se propone principalmente:

1.º Hacer investigaciones sobre la tuberculosis desde el punto de vista social, que es distinto del aspecto médico de la cuestión,

para conocer, por ejemplo, las relaciones existentes entre el número de casos de enfermedad y la densidad de la población, entre las casas que habitan los tuberculosos y las profesiones insalubres, como también desde el punto de vista de la influencia que pueden tener para el restablecimiento de la salud, el mejoramiento en la alimentación y la higiene general en las condiciones de la existencia.

2.º Publicar, para educación del público, prospectos y folletos; organizar conferencias, y propagar por todos los medios esta verdad: que la tuberculosis es contagiosa y evitable; hacer conocer en este sentido, por todas partes, los resultados de las investigaciones científicas, y mostrar lo que se obtiene con el tratamiento moderno seguido en los Sanatorios, comparado con lo que cada uno puede hacer en su casa.

3.º Encauzar las iniciativas en favor de la creación de Sanatorios, apropiados á las diversas clases de la sociedad, para el tratamiento de tuberculosos avanzados y recientes entre los adultos y entre los niños, para los cuidados gratuitos y para la asistencia de aquéllos que pueden contribuir, en parte, á los gastos que originan.

4.º Acudir en ayuda de los tuberculosos indigentes, distribuyéndoles el alimento y las medicinas que les sean necesarias, pagándoles el alquiler de su habitación, cuando sea indispensable, para asegurarles á la vez el aire y la luz, ó aislándolos y cuidándolos fuera de su casa cuando el Comité lo juzgue necesario».

(*Revue belge de la Tuberculose*).

\*  
\*\*

**Un nuevo suero contra la escarlatina.**—En el número anterior de esta revista dimos cuenta á nuestros lectores de un descubrimiento de indudable importancia, hablándoles del microbio y del suero curativo de la tos ferina. Hoy tenemos la satisfacción de anunciarles otra conquista, también novísima y transcendente, de las ciencias médicas: el Doctor vienés Moser ha obtenido y presentado un suero contra la escarlatina, que ha hecho concebir muy fundadas esperanzas en la clínica infantil de la Facultad de Viena, donde ha sido ya ensayado.

Para apreciar con prudencia y exactitud el valor de este nuevo suero, empezó á inyectarse únicamente á los niños escarlatinosos cuya enfermedad era grave y parecía mortal. A pesar de esta selección, el éxito fué bueno, obteniéndose los siguientes resultados:

Cuando el suero se inyecta dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes á la iniciación de la escarlatina, todos los niños enfermos curan; cuando se usa tres, cuatro ó seis días después de aparecer la enfermedad, la estadística no es tan satisfactoria. El Dr. Moser ha registrado una mortalidad de 14'26 y hasta del 50 por 100, según que la inyección se hizo al tercero, cuarto ú octavo día. Comprendiendo todos los casos tratados por este procedimiento, casos que, como hemos dicho, eran los de mayor gravedad, el término medio de la mortalidad ha sido de 9 por 100, cuando en los otros hospitales de

Viena, donde los escarlatinosos, graves y leves, se tratan por el procedimiento ordinario, las defunciones alcanzan el 14 por 100.

El suero del Dr. Moser no cura, pues, siempre; pero, como hace notar el Dr. Romme en un estudio que acaba de dedicar á este asunto, y del cual tomamos estos datos, tampoco cura siempre el único suero que hoy está generalmente reconocido como específico: el suero antidiftérico de Roux. Usado en las primeras veinticuatro horas, éste alcanza casi en todos los casos la curación de la difteria; tan así es, que cuando se presenta esta enfermedad en una familia, el mejor medio de preservar á los individuos sanos de ella es el de hacerles una inyección profiláctica de suero; pero cuando se emplea cuatro ó cinco días después de aparecer la enfermedad, su eficacia no es tan segura.

La mortalidad registrada para el nuevo suero de Moser no es, pues, un argumento contra él, sobre todo si se tiene en cuenta que el estado general de los escarlatinosos, según ha podido observarse, mejora notablemente cualesquiera que sean las circunstancias en que se utilice.

Las razones presentadas por el Dr. Moser en favor de la acción específica de su suero pueden concretarse así: mortalidad, nula en los casos graves tratados desde el principio; posibilidad de salvar, por las inyecciones tardías, un gran número de enfermos cuya muerte parecía próxima; transformación completa de todos los síntomas alarmantes de la enfermedad. Si se agrega á esto que el Profesor Escherich, que es una autoridad indiscutible, ha confirmado en absoluto los datos adelantados por Moser, después de practicar experiencias en su servicio clínico, parece que no es aventurada la conclusión de que el suero de que se trata es, en efecto, el específico de la escarlatina.

Pero lo que en realidad llama la atención en este caso es que todavía sigue siendo desconocido el microbio de dicha fiebre eruptiva. Y ocurre preguntar: ¿cómo ha podido el Dr. Moser elaborar el suero curativo de una enfermedad cuyo microbio desconoce? Este es el problema de bacteriología que suscita el descubrimiento de que tratamos, problema que exige, para ser comprendido, que hagamos algunas indicaciones sobre el suero antidiftérico de Roux, que es el prototipo de los sueros. Muchos de nuestros lectores conocen seguramente cómo se prepara ese maravilloso recurso higiénico y terapéutico. Se inyecta á los caballos, á intervalos regulares, la toxina, es decir, el veneno que segregan los microbios que determinan la difteria ó los mismos microbios, cuya virulencia se aumenta artificialmente haciéndolos pasar á través de un organismo animal ó cultivándolos en medios nutritivos especiales. Bajo la influencia de esta intoxicación progresiva el contraveneno de la enfermedad, la antitoxina, se desenvuelve en la sangre del animal, y el suero sanguíneo de éste, inyectado luego á los diftéricos, neutraliza en ellos la perniciosa acción de la toxina producida por el bacilo y cura la difteria.

Como se ve, el método, del cual señalamos únicamente las líneas generales, no puede ser más racional ni más sencillo. Precisamente esta sencillez fué la que hizo pensar á muchos bacteriólogos que lo que Behring y Roux habían logrado respecto del microbio de la difteria podría conseguirse fácilmente con otros. Si aumentamos la virulencia, se dijeron, del pneumococo que produce la pulmonía, del bacilo de Eberth, que provoca la fiebre tifoidea, etc., podremos luego, siguiendo el procedimiento de Roux, fabricar suero antipneumónico, antitífico y otros. Lo hicieron así, pero desgraciadamente los innumerables sueros que se elaboraron no dieron resultado ninguno y cayeron pronto en olvido.

Entre los microbios que han sidó con dicho motivo más experimentados hay uno bastante notable: el streptococo. Aunque individuos muy sanos lo llevan de ordinario en la boca, en la nariz y sobre la piel, sin que tengan que sentir sus iras, dicho microorganismo es, sin embargo, causa de la erisipela, el agente de la fiebre puerperal, de todas las supuraciones, abscesos, flemones, anginas, forúnculos, etc., y de otras muchas complicaciones que se presentan en el curso de las enfermedades infecciosas, como amigdalitis, pleuresías pútridas, artritis supuradas, etc. Fácil es comprender, por consiguiente, los grandes servicios que podría prestar un suero antistreptocócico eficaz; por eso M. Marmorek fabricó primeramente uno, M. Tavel otro, M. Aronsohn el tercero y M. Meyer un cuarto. Todos estos experimentadores siguieron el mismo método empleado para obtener el suero antidiftérico: exagerar en lo posible la virulencia del streptococo, inyectar á los caballos el microbio ó sus toxinas y recoger luego el suero sanguíneo de los animales inmunizados para los usos clínicos; pero sucesivamente ensayados en todas las enfermedades producidas por el streptococo, los sueros dichos probaron su impotencia contra ellas.

Pues bien; el nuevo suero de M. Moser, el suero contra la escarlatina, es también un suero antistreptocócico. ¿Y por qué, si no es conocido el microbio que determina ese padecimiento, M. Moser ha preferido para sus experiencias el streptococo á cualquier otro microbio? Porque casi en el 90 por 100 de los casos se encuentra en la sangre de los escarlatinosos. Entonces, ¿por qué el nuevo suero cura á estos enfermos, cuando los preparados por Marmorek, Aronsohn y Tavel, que también se ensayaron en la misma afección, no dieron resultado satisfactorio? Porque el suero de Moser se ha obtenido por un procedimiento nuevo que se diferencia notablemente del que se sigue para elaborar el antidiftérico. En vez de tomar un streptococo exagerando su virulencia, M. Moser procede de manera distinta. Recoge streptococos de los que encuentra en la sangre ó en la garganta de un número determinado de escarlatinosos, veinte por ejemplo, los cultiva en caldo sin modificar sus propiedades biológicas ni pasarlos por un organismo animal, é inyecta á un caballo los veinte cultivos, las veinte especies de streptococos á la vez, obteniendo luego de este modo un suero que no contraría la acción

de un sólo streptococo, sino la de cada una de las veinte especies que sirvieron para inmunizar al caballo de que se obtuvo el suero. De esta suerte ha conseguido el Doctor vienés un suero que tiene muchas probabilidades de llevar su acción bactericida sobre los streptococos de un escarlatinoso cualquiera. Esta es la razón por qué cura en muchos casos la enfermedad.

Como se comprenderá, el descubrimiento de Moser puede tener una trascendencia grandísima, porque no sólo hace esperar resultados todavía más lisonjeros que los ya obtenidos en lo que á la escarlatina se refiere, sino que la aplicación de su método acaso sea el punto de partida para nuevas investigaciones y experiencias que, con relación á otros microbios y enfermedades, ofrezcan el mismo buen éxito. Precisamente por eso señalamos en nuestras páginas este progreso de la Bacteriología, ciencia que está sin duda alguna llamada á poner cada día nuevas armas de defensa en manos de la higiene, y á transformar por completo la terapéutica de las enfermedades infecciosas.

(*Higiene Moderna*).

\* \* \*

**La terapéutica endovenosa.**—En el Congreso de Medicina celebrado en Roma en este año, el Dr. Mariani, de Roma, hizo una comunicación acerca de la terapéutica endovenosa, en la que dió cuenta de sus estudios experimentales, bacteriológicos y químicos acerca de esta cuestión.

Así, para estudiar las inyecciones intravenosas de sublimado que ha propuesto por primera vez G. Baccelli, el autor inoculó á animales cultivos de carbunco, de diplococos ó de streptococos, y después practicó las inyecciones de sublimado. Estudió también la acción bactericida y antitóxica del suero de individuos tratados con las inyecciones endovenosas de sublimado, y, en vista de sus experimentos, deduce el autor que los éxitos brillantes obtenidos en la clínica con este método de tratamiento se deben atribuir más bien que á la acción antiséptica que el sublimado ejercería sobre los gérmenes, á la producción en el organismo de antitoxinas, que combatirían á la infección.

En sus investigaciones químicas, el autor ha demostrado que las disoluciones concentradas de sublimado precipitan los albuminoides del suero, por más que estos precipitados se redisuelvan en un exceso del suero; pero que el precipitado así formado no sería debido á la formación de un albuminato de mercurio, sino á la simple coagulación de la albúmina, en tanto que el sublimado permanecería en la sangre circulante bajo la forma, no alterada, de bicloruro de mercurio.

Demuestra cómo no se producen trombosis con las inyecciones de sublimado con tal que se siga una técnica rigurosa, resultando, de las investigaciones histológicas de la sangre humana, que estas

inyecciones no alteran los glóbulos rojos ni disminuyen su número, ni tampoco varían la isotonia y la hemoglobina de la sangre.

Hablando de las aftas epizoóticas, aduce datos estadísticos tomados de los informes oficiales, de los cuales resulta que de 2.308 cabezas de ganado tratadas con el método de Baccelli se han curado 2.305, hecho que, á su juicio, es la demostración más evidente de la eficacia del método.

El autor ha querido, además, ensayar la introducción de otras substancias medicamentosas en las venas, y así como no aconseja el empleo endovenoso de la creosota, del cloral, de la ergotina, ni del salicilato sódico, ha obtenido brillantes resultados en los animales y en el hombre con las inyecciones endovenosas de arsénico, benzoato sódico, benzoato de litina, tintura de iodo y disolución iodoiodurada, antipirina, nitrato argéntico, alcohol, y, finalmente, de gelatina, para la cura de la hemoptisis.

También empleó el oxígeno en inyecciones endovenosas en los animales y en el hombre, procedimiento que le dió muy buen resultado en el tratamiento de un agonizante, y que, á su juicio, podrá tener una base racional en todos los casos en que la hematosi está seriamente comprometida. Asimismo ha investigado la influencia de las inyecciones endovenosas de oxígeno en la presión arterial, demostrando, por último, el efecto que producen estas inyecciones en el metabolismo nutritivo, en el cual activaron los procesos de oxidación.

Como conclusión de su trabajo termina con las palabras siguientes:

«Después de todo esto, si se puede hacer un juicio sintético del examen analítico de estos hechos, habrá que convenir hoy en día en que la terapéutica endovenosa creada por obra y mérito de nuestro presidente y maestro, mantenida durante algún tiempo en el campo de la duda y de la incertidumbre, sigue ahora su camino triunfal en la ciencia moderna, encuentra siempre nuevas aplicaciones y nuevas conquistas en el campo de la terapéutica, y quedará á la Italia como una de sus más fúlgidas glorias y como la creación más grande y más humanitaria de Guido Baccelli».

(*Rev. de Med. y Cir. prácticas*).

\*  
\*  
\*

**Gelodiagnóstico de las deposiciones en la fiebre tifoidea.** — El Dr. *Chantemesse*: El Dr. *Décobert*, autor de este trabajo, ha hecho sus observaciones en 23 enfermos.

De éstos, 5 permanecieron en observación algunos días como dudosos, porque en ellos el serodiagnóstico fué negativo, y á pesar de los exámenes repetidos fué imposible descubrir ni una sola vez el bacilo tífico en las deposiciones. La clínica confirmó estos resultados, porque ninguno de los enfermos referidos padeció dotienentería.

De los 18 enfermos restantes, 16 habían pasado el período de ascensión térmica, y la mayoría presentaban todos los síntomas

clínicos de la fiebre tifoidea. Dos tan sólo se hallaban en el sexto y séptimo día de la infección.

En los 16 enfermos primeros, el serodiagnóstico fué positivo desde su ingreso en la clínica, y el examen de las deposiciones permitió siempre descubrir gérmenes tíficos en gran abundancia.

En los 2 últimos la serorreacción de Widal, negativa al ingresar el enfermo en la clínica, se hizo positiva en uno á los tres días y en el otro á los cuatro. En estos 2 enfermos el gelodiagnóstico permitió descubrir el bacilo tífico en las deposiciones.

El Dr. Décobert ha seguido para sus investigaciones, repetidas cada tres días, la eliminación del bacilo de Eberth por el intestino en los diferentes períodos de la fiebre tifoidea.

*Periodo febril.*—Durante el período febril, se ha encontrado constantemente.

*Apirexia, convalecencia.*—El Dr. Décobert ha examinado 10 enfermos en el período de apirexia y de convalecencia.

En 8, apiréticos hacía cinco á seis días, el bacilo tífico fué encontrado casi en todo examen. En uno de ellos el examen, negativo durante tres días, se hizo positivo al cuarto y en los sucesivos.

*Curación.*—De los 2 últimos enfermos, que fueron observados hasta su curación, el primero estaba apirético desde hacía quince días y el segundo desde once. Las deposiciones de uno de ellos, sembradas el mismo día que se dió de alta á este individuo, formaron colonias tíficas numerosas. Diez y ocho días después, cuando el enfermo había regresado á su casa y recobrado su vida ordinaria y su salud aparente, las deposiciones contenían aún el bacilo de Eberth.

En el otro caso no se encontraron bacilos de Eberth el día que se dió de alta al enfermo.

Estos exámenes, en número de 126, practicados en 18 enfermos, permiten sacar las conclusiones siguientes:

1.<sup>a</sup> El método de gelodiagnóstico es verdaderamente clínico, porque sólo necesita diez y ocho á veinticuatro horas para dar resultados.

2.<sup>a</sup> Este método permitió encontrar en las deposiciones de los tíficos el bacilo de la fiebre tifoidea en todos los casos en que la enfermedad estaba bien caracterizada clínicamente y en los que el serodiagnóstico fué positivo.

3.<sup>a</sup> En dos exámenes de casos recientes, cuando el serodiagnóstico era aún negativo y los síntomas frustrados, el gelodiagnóstico permitió descubrir en las deposiciones el bacilo tífico.

4.<sup>a</sup> Este método permite seguir las eliminaciones intestinales del bacilo tífico; prueba que en ciertos enfermos curados desde hace más de un mes el bacilo tífico existe todavía en las deposiciones. Así se explican la difusión del contagio y la aparición, espontánea al parecer, de casos de fiebre tifoidea.

5.<sup>a</sup> La precocidad de las comprobaciones hechas por el gelodiagnóstico permite suponer que en época no lejana existirán para esta investigación servicios municipales como los que existen para el

diagnóstico de la difteria. Su utilidad se comprende por el hecho de que la energía y eficacia de la seroterapia de la fiebre tifoidea dependen en alto grado de lo precoz del diagnóstico de la enfermedad.  
(*Bull. de l' Academie de Medicine*).

---

## FÓRMULAS

---

### 440

Borato sódico. ....	10 gramos.
Glicerina.....	5    "
Jarabe de corteza de naranjas amargas	30    "
Julepe gomoso. ....	90    "

M.—Para tomar 2, 3 ó 4 cucharadas al día.

En la **epilepsia**.

(*Huchard*).

\* \* \*

### 441

Arsénico blanco.....	5 centigramos.
Pimienta negra .....	50    "
Excipiente. . . . .	c. s.

M. y dividase en cien píldoras.—Para tomar 2 al día, aumentando progresivamente hasta 12 ó 15 píldoras diarias.

En la **anemia progresiva**.

(*Bernheim*).

---

## SECCION PROFESIONAL

---

### PARQUES REGIONALES

«Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien aprobar el programa de necesidades para el aparcamiento del material sanitario de un Cuerpo de ejército, que á continuación se inserta, y en su consecuencia ordenará V. E. al Comandante general ó principal de Ingenieros que se proceda á formular los proyectos correspondientes, procurando, en primer lugar, utilizar algún edificio que reúna condiciones para ello, y de no haberlo se proceda á elegir terreno en condiciones convenientes para proyectar un edificio de nueva planta.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.  
—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 31 de Marzo de 1903.—  
Linares.—Sres. Capitanes Generales de las regiones y de las islas Balea-  
res y Canarias.

**Dependencias.**

*Planta baja.*

Número.		Metros.
1	Portería.	
1	Pabellón para el sargento-comandante del destaca- miento de tropas de la Brigada Sanitaria.	
1	Idem para el conserje.	
1	Cuartelillo para alojamiento de 12 sanitarios.	
3	Naves con piso de arena ó de tierra para almacenar 122 carruajes ó vehículos de 4 y 2 ruedas, en las cuales podrían disponerse armeros para las lan- zas de los mismos, para las columnas y largueros de tiendas de campaña y varas de camilla y enta- rimado y estantería para la colocación de los ta- bleros, mesillas, tente-mozos, estacas, estaquillas y mazos de tiendas de campaña.....	45×17
1	Almacén con piso de ladrillo ó madera, provisto de perchas y caballetes para los atalajes de los 122 vehículos, para 49 bastes y 100 portacamillas...	30×10
1	Patio para poder armar tiendas, barracas y proce- der á la limpieza de carruajes y demás material.	35×22
1	Local para recomposición, empaques y preparacio- nes de material .....	15×7
1	Cuadra y anexos para 12 caballerías.	
1	Retrete general.....	3×3

*Planta alta.*

1	Despacho para el Director.	
1	Idem para Jefes y Oficiales de Sanidad Militar.	
1	Idem íd. íd. de Administración Militar.	
1	Local para biblioteca y archivo.	
1	Idem para 6 escribientes.	
1	Pabellón para el Director.	
1	Idem para el Oficial encargado de efectos.	

Número.

Metros.

2	Locales almacenes para la colocación de material de alojamiento, curación, transporte á brazo y á lomo, dotado de estanterías que tendrán un metro de largo por 0'80 metros de ancho y 0'80 metros de alto, midiendo cada uno .....	30×10
1	Local almacén para material de hospitales, con armarios con cristales en las paredes y vitrinas en el centro. . . . .	16×6
1	Retrete para Plana mayor.	

**Servicio general.**

Agua para el servicio ordinario con acondicionamiento para su utilización en caso de incendio.  
Alumbrado eléctrico.

Madrid 31 de Marzo de 1903.—Linares».

\*  
\*\*

**MATERIAL SANITARIO**

«Excmo. Sr.: Puestos en uso los instrumentos quirúrgicos de corte, hechos por vía de ensayo en la fábrica de armas de Toledo, y resultando, según informes, que presentan excelentes condiciones de manejabilidad, resistencia al calor de las esterilizaciones y duración del pulimento, si bien, en cuanto al temple, resultan un poco blandos al atacar tejidos fibrosos y ataduras articulares y óseas, lo que podrá corregirse en sucesivas fabricaciones, dada la ilustración y competencia del personal de dicho establecimiento, el Rey (Q. D. G.) se ha servido disponer que en lo sucesivo se fabriquen en el repetido establecimiento, para las necesidades del servicio, los instrumentos de la clase de los ensayados. Es, asimismo, la voluntad de S. M., que se nombre una comisión del personal de la fábrica, que, después de examinar en el parque de Sanidad Militar los catálogos, diseños y ejemplares del material sanitario, informe acerca del que desde luego ó más adelante pueda construirse en ella en beneficio del Erario, y para que dejando de ser tributarios del extranjero en la adquisición de ese material pueda crearse en nuestro país una nueva é importante industria, cuyos beneficios podrían extenderse á la clase civil, que también se ve necesitada de acudir al extranjero para la satisfacción de análogas necesidades.

De Real orden le digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.

—Dios guarde á V. E. muchos años. —Madrid 1.º de Abril de 1903. —  
Linares.—Sr. Capitán General de Castilla la Nueva».

---

## VARIEDADES

---

REAL ACADEMIA DE MEDICINA. — *Programa de premios para 1903 y 1904.*—Esta Academia abre concurso de premios, y señala los temas siguientes:

I.—*Patogenia, diagnóstico, terapéutica y profilaxis de la angina de pecho.*

II.—*Valor de los Sanatorios marítimos en la profilaxis de la tuberculosis.*

Para cada uno de estos puntos habrá un premio, un *accésit* y las *menciones honoríficas* que la Academia se sirva acordar.

El premio consistirá en 750 pesetas, medalla de oro, diploma especial y título de Académico corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria que, si no siéndolo anteriormente, reuniese las condiciones marcadas en los Estatutos.

El *accésit*, en medalla de plata, diploma especial y título de corresponsal, con las mismas condiciones.

Y la *mención honorífica*, en diploma especial.

Las Memorias deberán estar escritas con letra clara, en español, francés ó latín.

Las que obtengan el premio se publicarán por esta Corporación, si sus dimensiones no fueran excesivas y desacostumbradas, á juicio de la Academia, entregándose á sus autores 200 ejemplares; y las que merezcan *accésit* ó *mención honorífica* se imprimirán si así se acordare. La Corporación se reserva la facultad de publicar ó no las láminas ó grabados que puedan acompañar al texto.

Las Memorias se remitirán á la Secretaría de la Corporación, sita en la calle Mayor, número 6, cuarto bajo izquierda, hasta las cuatro de la tarde del 30 de Junio de 1904, no debiendo sus autores firmarlas ni rubricarlas, señalándolas con un lema igual al del sobre de un pliego cerrado, que remitirán adjunto, y el cual contendrá su nombre y residencia. Sólo se incluirá en cada uno de los pliegos el nombre de un autor, y si al abrirlas se hallaren dos ó más, el Presidente del acto, en nombre de la Academia, y sin ulterior recurso, declarará anulada la concesión del premio, del *accésit* ó de la *mención honorífica*.

Los premios y distinciones mencionados se conferirán en la solemne sesión inaugural de 1905, si los trabajos presentados lo merecieren por su mérito absoluto, á juicio de la Academia, abriéndose en dicho acto los pliegos cerrados é inutilizándose los restantes en la primera sesión de gobierno que después se celebre, á no ser que fueren reclamados antes por sus autores.

Las Memorias premiadas serán propiedad de la Academia, y ninguna de las remitidas podrá retirarse del concurso.

*Premio del Dr. D. Pedro María Rubio.*—Se conferirá un premio de 1.200 pesetas al Médico español, autor de la obra original de ciencias médicas de mérito más sobresaliente cuya primera edición se haya publicado en los años de 1901 y 1902, entendiéndose como año de publicación de la obra el que conste en la portada del último tomo ó en la parte que últimamente se publique.

A falta de obras originales podrá recaer el premio en el inventor español de algún método curativo ó remedio evidentemente provechoso, de algún procedimiento operatorio conocidamente ventajoso, ó de algún aparato ó instrumento comprobadamente útil.

Se optará á este premio por instancia, extendida en el papel sellado correspondiente, ó por petición firmada por tres Académicos.

Las instancias, acompañadas de las obras originales, ó, en su caso, de los documentos justificativos de los inventos de métodos curativos, remedios, procedimientos operatorios ó instrumentos, se remitirán á la Secretaría de la Academia hasta las cuatro de la tarde del 31 de Diciembre de 1903, y el premio se conferirá en la sesión inaugural de 1905, si para dicho día fuere ejecutivo el fallo que ha de recaer conforme á la fundación.

*Premio del Excmo. Sr. Dr. D. José Calvo y Martín.*—Consistirá en la cantidad de 375 pesetas y un diploma especial, y podrán optar á él los Médicos de partido, encargados de la asistencia de los pobres, con una asignación que no pase de 1.000 pesetas, casados y con hijos.

Los aspirantes deberán escribir una Memoria, cuya extensión no baje de 30 páginas en 4.º, en la cual darán noticia de alguna epidemia que hayan observado, con expresión del número de curados y de fallecidos, así como de la medicación que haya sido más provechosa, y de no ser esto posible describirán las enfermedades más notables á que hayan asistido con abnegación y espíritu de caridad, certificando estas cualidades el Alcalde y el Cura párroco.

Las solicitudes, acompañadas de certificación del Ayuntamiento respectivo, en que se acrediten los extremos mencionados, y de la del Cura párroco en su caso, extendidas en el correspondiente papel sellado, así como de la Memoria exigida, se remitirán á la Secretaría de la Academia hasta las cuatro de la tarde del 30 de Noviembre del corriente año de 1903, y el premio se adjudicará en la sesión inaugural de 1904.

No pueden aspirar á este premio los que hayan obtenido otro igual en concursos anteriores.

Madrid 2 de Enero de 1903.—El Secretario perpetuo, *Manuel Iglesias y Díaz.*—El Presidente, *José Calvo y Martín.*

\*  
\* \* \*

Próxima la inauguración del XIV Congreso internacional de Medicina, reproducimos el Reglamento por que ha de regirse:

Artículo 1.º El XIV Congreso internacional de Medicina se reunirá

en Madrid, bajo el patronato de SS. MM. el Rey Don Alfonso XIII y su Augusta Madre, en los días 23-30 de Abril de 1903.

La sesión de apertura se verificará el día 23 y la de clausura el 30.

El objeto de este Congreso es exclusivamente científico.

Art. 2.º Se compondrá el Congreso de los Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios, Dentistas y demás Profesores en los distintos ramos de las ciencias médicas, tanto nacionales como extranjeros, que se hayan inscripto como miembros y hayan satisfecho la cuota correspondiente.

También podrán ser miembros, con las mismas condiciones y con iguales derechos que los congresistas médicos, todos los que estando en posesión de un título profesional ó científico deseen pertenecer á él y tomar parte en sus tareas, así como los representantes de la prensa.

Art. 3.º La cuota de inscripción será de 30 pesetas.

Esta cuota deberá ser entregada por los señores adherentes ó por sus representantes en el acto de hacer la inscripción.

Para este efecto deberán dirigirse desde esta fecha hasta la apertura del Congreso á la Secretaría general (Facultad de Medicina, Madrid), la cual enviará ó entregará á cada interesado su respectiva tarjeta de identificación, que le servirá de documento para disfrutar de todos los beneficios otorgados á los congresistas.

Art. 4.º Los Comités nacionales ó extranjeros podrán recibir las cuotas de sus adheridos, y cuando las remitan á la Secretaría general del Congreso, ésta les enviará las tarjetas de identificación correspondientes á los miembros inscriptos.

Los que hicieren el abono de su cuota á los Comités nacionales ó extranjeros deberán verificarlo á lo más tardar un mes antes de la apertura del Congreso, á fin de que la Secretaría general pueda enviarles oportunamente sus tarjetas de identificación.

Art. 5.º Al hacer su inscripción y entregar la cuota correspondiente deberá cada congresista, ó bien directamente ó por medio del Comité respectivo, enviar á la Secretaría general una nota indicando, de modo preciso y en letra perfectamente legible, su nombre, calidad y títulos, así como la dirección de su domicilio y una tarjeta de visita.

Art. 6.º Los miembros del Congreso que hayan llenado las condiciones expresadas, tendrán derecho á tomar parte en todos los trabajos del mismo, presentar comunicaciones verbales ó escritas, intervenir en las discusiones, dar su voto en los asuntos en que recaiga votación y participar de cuantos beneficios se otorguen á los congresistas.

Art. 7.º Los congresistas tendrán derecho á recibir el *Resumen general* de los trabajos del Congreso, y además un ejemplar de las *Actas* de la Sección en que se hubieran inscripto. Si lo verificaran en más de una Sección sólo recibirán el tomo de la primera de las indicadas en la cédula.

Los congresistas que hayan presentado comunicaciones escritas en varias Secciones y éstas hubiesen sido admitidas por la Comisión encargada de examinarlas, tendrán igualmente derecho á recibir los tomos correspondientes á las mismas.

Los que deseen poseer otros tomos además de los que le correspondan deberán satisfacer una cantidad que se fijará oportunamente, pero que

no excederá del coste de la impresión, siempre que antes de la clausura del Congreso manifiesten este deseo en la Secretaría general y abonen la suma que se señale.

Art. 8.º Las actas del Congreso se entregarán á los congresistas tan pronto como termine su publicación.

Art. 9.º El Congreso estará dividido en las siguientes Secciones:

- 1.ª Anatomía (antropología, anatomía comparada, embriología, anatomía descriptiva, histología normal y teratología).
- 2.ª Fisiología; física y química biológicas.
- 3.ª Patología general, anatomía patológica y bacteriología.
- 4.ª Terapéutica y Farmacia. 

}	a) Terapéutica.
	b) Hidrología.
	c) Farmacia.
- 5.ª Patología interna.
- 6.ª Neuropatías, enfermedades mentales y antropología criminal.
- 7.ª Pediatría.
- 8.ª Dermatología y sifilografía.
- 9.ª Cirugía general..... 

}	a) Cirugía y operaciones quirúrgicas.
	b) Urología.
10. Oftalmología.
11. Oto-rino-laringología.... 

}	a) Otología.
	b) Rino-laringología.
12. Odontología y estomatología.
13. Obstetricia y ginecología.
14. Medicina é higiene militar y naval.
15. Higiene, epidemiología y ciencia sanitaria técnica.
16. Medicina legal y toxicología.

Art. 10. Los miembros del Congreso deberán indicar, al hacer su inscripción, la Sección ó Secciones á que deseen pertenecer, sin que esto sea obstáculo para que puedan asistir á las demás y tomar parte en la discusión.

Art. 11. Un Comité ejecutivo, compuesto del Presidente, Secretario general y Tesorero, y de los Presidentes y Secretarios de cada Sección, estará encargado de la gestión y dirección inmediata del Congreso.

Art. 12. El Congreso celebrará sesión todos los días, bien en Asamblea general ó en reunión de Secciones.

Art. 13. Habrá dos Asambleas generales ordinarias: una para la apertura, y otra para la clausura del Congreso.

Además habrá el número de extraordinarias que se estimen necesarias y que á su tiempo determinará la Junta central, destinadas á conferencias, á las cuales serán invitadas las eminencias científicas de las diversas naciones.

Tan sólo los conferenciantes tendrán derecho á usar de la palabra en estas sesiones.

Art. 14. En la sesión de apertura el Secretario general dará cuenta de los trabajos de organización del Congreso, el Presidente leerá el discurso inaugural, se hará la presentación de los delegados oficiales y se proclamarán los Presidentes de honor.

En la de clausura se dará cuenta de los acuerdos del Congreso, se designará el lugar de su próxima reunión y se elegirá la Mesa que ha de constituirlo.

En ninguna de estas Asambleas será permitido pronunciar discursos más que á los que previamente hubiera designado é invitado para ello el Comité ejecutivo.

Art. 15. Los Comités de Secciones organizarán sus programas de trabajos (lectura y discusión de comunicaciones, examen de las proposiciones presentadas, etc.)

Cada Sección, en su primera sesión, nombrará sus Presidentes de honor y designará sus Secretarios adjuntos. Parte de éstos se elegirán entre los congresistas extranjeros para hacer el resumen verbal de las comunicaciones presentadas en diversos idiomas y facilitar la discusión.

Art. 16. El Presidente de cada Sección dirigirá las sesiones y los debates en la forma establecida en todos los Cuerpos deliberantes.

Sólo podrán someterse á votación las cuestiones de orden interior.

Las cuestiones científicas no podrán ser objeto de votación alguna.

Art. 17. El tiempo asignado para cada comunicacion no podrá exceder de *quince minutos*, y los oradores que tomen parte en la discusión no podrán emplear más de *cinco minutos* cada uno.

Los autores de las comunicaciones dispondrán de *diez minutos* para contestar á todas las objeciones. Sólo excepcionalmente, y cuando la importancia del asunto lo justifiicare, podrá el Presidente conceder más tiempo al orador.

Los miembros que tomen parte en los debates deberán entregar, antes de que la sesión termine, al Secretario de la Sección un breve resumen de lo que hayan dicho.

Art. 18. Las comunicaciones referentes á los trabajos del Congreso deberán ser presentadas al Comité de organización antes del 1.º de Enero de 1903. El Comité acordará, si lo estima procedente, remitirlas á la Sección respectiva.

Las comunicaciones irán acompañadas de un brevisimo extracto en forma de conclusiones, si el asunto lo permitiese; este extracto se imprimirá y distribuirá oportunamente entre los congresistas de la Sección correspondiente.

Art. 19. Después de la fecha de 1.º de Enero de 1903, y aun durante el Congreso, podrán presentarse comunicaciones; pero tan sólo se pondrán á la orden del día cuando se hubieren discutido todas las presentadas en tiempo oportuno.

Art. 20. Todos los trabajos hechos ó presentados al Congreso (en las Asambleas generales ó en las Secciones), serán entregados por sus autores á la Secretaría de la Mesa respectiva. El Comité ejecutivo acordará su inserción total ó parcial ó su no inserción en el Libro de actas.

Art. 21. Los idiomas oficiales del Congreso, en todas las sesiones, serán el español, el francés, el inglés, el alemán y el italiano.

Artículo adicional. Las señoras pertenecientes á la familia de los congresistas, y que sean acompañadas de éstos, tendrán derecho á los beneficios de viajes á precios reducidos, asistencia á los festejos y obse-

quios generales que á aquéllos se hagan, proveyéndose de una tarjeta especial mediante la cuota de 12 pesetas.

El mismo derecho se concederá á los alumnos de la Facultad de Medicina y Farmacia y de la Escuela de Veterinaria y de Dentistas nacionales que se hayan inscripto, para lo cual deberá presentar algún documento que acredite su calidad de alumno matriculado, abonando la cuota de 12 pesetas.

\*  
\*  
\*

Se ha publicado el tomo III del *Tratado de Medicina legal y Toxicología* de Mata, sexta edición, refundida y aumentada por los doctores Sres. Lozano Caparrós y Alonso Martínez, que publica la casa editorial de los Sres. Bailly-Bailliére é hijos.

El trabajo y entusiasmo desplegado por los refundidores de esta obra se ven coronados por el éxito con la publicación del tomo presente, en el que se da brillantísimo y completo remate al estudio de la Medicina legal. Expuestas en los anteriores todas aquellas cuestiones que afectan al sujeto de ordinario vivo y las generales que se refieren al sujeto de ordinario muerto, empieza este volumen con el estudio de las cuestiones debidas á una causa particular de las muchas que pueden quitar la vida ó comprometer más ó menos gravemente la salud, comprendiendo, por lo tanto, todas aquéllas que se relacionan con las muertes ó lesiones ocasionadas por los *meteoros*, por la *combustión espontánea*, por las *quemaduras*, por la *asfixia*, por *heridas*, por el *infanticidio* y el *suicidio*, dejando las producidas por el *veneno* para hablar de ellas en la *Toxicología*, puesto que forman una ciencia aparte.

Expuestas todas las cuestiones que pueden afectar á las personas, empieza el libro segundo, ó sea el referente á las cosas, y aunque á primera vista resalta que debiera comprender muchas cuestiones, sin embargo, no contiene más que aquéllas que pueden suscitar la falsificación de las escrituras, puesto que casi todas las cuestiones de este libro han pasado á formar parte del primero. Así, vemos que las cuestiones sobre manchas de esperma, moco-serosidad, flores blancas, etc., han sido colocadas en las de los delitos de incontinencia, puesto que en la práctica suelen ser inseparables de éstas. Las de sangre y pólvora entre las relativas á las heridas por arma blanca y de fuego; por análogas razones las que se refieren á las materias arrojadas por las vías gástricas, á las de envenenamiento, puesto que éste da lugar á que se analicen. Tal es la clasificación hecha de las cuestiones comprendidas en este libro, las que, aunque aparecen como suprimidas, se encuentran extensamente tratadas como subalternas en las que en el anterior figuran como principales.

Dadas á conocer las materias que comprende este tomo, réstanos solamente felicitar al ilustre Médico forense D. Eduardo Lozano Caparrós por el triunfo alcanzado en su colosal trabajo, y alentar á los editores á la pronta publicación de los dos tomos restantes, de los que también esperamos muchísima materia de enseñanza.

La presente obra, que constará de cinco tomos (uno más que las edi-

ciones anteriores), mantiene su mismo precio de 50 pesetas en rústica y 60 encuadernada en tela.

\*  
\*  
\*

Durante el mes de Marzo próximo pasado han ocurrido en esta Corte 1.503 defunciones, que arrojan un término medio diario de 48'483, y una proporción de 2'818 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1902, hubo 1.310 defunciones.

De la clasificación por edades resultan: 284, de menos de un año; 308, de uno á cuatro años; 96, de cinco á diez y nueve; 195, de veinte á treinta y nueve; 281, de cuarenta á cincuenta y nueve; 338, de sesenta en adelante, y uno sin clasificar.

Las principales causas de defunción han sido: neumonía y bronco-pneumonía, 189; bronquitis aguda, 142; tuberculosis pulmonar, 142; sarampión, 109; enfermedades orgánicas del corazón, 86; meningitis simple, 74; congestión y hemorragias cerebrales, 73; grippe, 58; bronquitis crónica, 58; tumores cancerosos, 40; diarrea y enteritis (menores de dos años), 40; tuberculosis varias, 31; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 26; meningitis tuberculosa, 20; debilidad congénita, 13; fiebre tifoidea, 11; afecciones puerperales, 10; senectud, 10; viruela, 6; difteria y crup, 5; reblandecimiento cerebral, 4; suicidios, 4; coqueluche, 2; otras causas de defunción, 350.

---

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

**Revista frenopática española.** — Órgano científico del manicomio de San Baudilio de Llobregat. Periódico mensual, ilustrado, dirigido por el *Dr. Rodríguez Morini*. — Barcelona, 1903.

**Tratado teórico práctico de medicina legal y toxicología,** por el *Dr. D. Pedro Mata*. — Sexta edición, corregida y reformada, puesta al nivel de los conocimientos modernos, y arreglada á la legislación vigente por *Eduardo Lozano Caparrós* y *Adriano Alonso Martínez*, Médicos forenses de Madrid. Tomo II. — Madrid. Librería editorial de Bailly-Bailliére é hijos. Plaza de Santa Ana, número 10.

**Resumen de la historia y tareas desempeñadas por la Academia en el año 1902.** — Memoria leída en la solemne inauguración del año de 1903 en la Real Academia de Medicina por su Secretario perpetuo el *Excmo. é Ilustrísimo Sr. Dr. D. Manuel Iglesias y Díaz*. — Madrid, 1903.

**Mi testamento médico.** — Discurso leído en la solemne sesión inaugural del año de 1903 en la Real Academia de Medicina por el *Excmo Sr. D. Manuel Ortega Morejón y Muñoz*, Académico numerario de la misma. — Madrid, 1903.

**Aplicaciones del suero fisiológico equino en el tratamiento de algunas enfermedades de la infancia.** — Por el *Dr. D. Francisco Vidal Solares*. — 3.<sup>a</sup> edición. — Barcelona, 1902. (Dos ejemplares).

**La medicación moderna.** — Revista mensual de Medicina y Farmacia, dirigida por el *Dr. Ferrero*. — Barcelona, 1903.