

Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

SUMARIO:

Contribución al estudio de la Sínfisis del Pericardio. Conferencia del Dr. Rafael Pastor Reig.

Información sobre el Salvarsán en la sífilis y otras enfermedades: *La Terapia con el Salvarsán, su pasado y su porvenir*, por el Dr. Ehrlich. (Continuación).

Revista de revistas.

Varia: El Montepío de los titulares y la Sociedad de Socorros mutuos del Colegio de Médicos de Valencia.

Memorias premiadas por el Instituto: *Indicación de la intervención quirúrgica en la litiasis biliar.* Memoria laureada con el primer premio en el certamen correspondiente al año 1910, por el Dr. D. Emilio Casas Arriola.

Contribución al estudio de la Sínfisis del Pericardio

CONFERENCIA DEL Dr. D. RAFAEL PASTOR REIG

Catedrático auxiliar de la Facultad de Medicina

Comenzó justificando la elección del tema, haciendo notar las ventajas de las conferencias con eminente sabor clínico sobre aquellas otras puramente doctrinales, documentadas en revistas y obras al alcance de la mayoría y que no vienen á ser otra cosa que un derroche de memoria y elocuencia.

A seguida, hizo notar la actualidad del estudio de la patología del corazón, que, merced á las nuevas concepciones fisiológicas de Engelmann, His y Hering, ha progresado notablemente en estos últimos tiempos.

Reseñó la escasez de datos clínicos á propósito de las afecciones del pericardio; citadas éstas en las obras antiguas de Baudalet, Rioloano y Morgagni, fueron individualizadas por Senac en 1749, completando su estudio anatomo-patológico y bacteriológico Auenbrugger, Covisart, Collin, Louis, Bouillaud, Andral, Stokes, Skoda, Bamberger, Letulle, Netter, Talamon, etc.

Puso de relieve la evidente semejanza existente entre todas las afecciones de las serosas de la economía, tanto bajo su aspecto etiológico, como de su anatomía patológica, expresión clínica, evolución, etc.

Después de breves consideraciones sobre anatomía y fisiología del pericardio, hizo

un estudio de conjunto de las afecciones inflamatorias de ese saco, dividiendo las pericarditis en primitivas y secundarias. Estudió la etiología general de las mismas, su evolución, deteniéndose ya más especialmente en los casos de pericarditis crónica, con extensas y generalizadas adherencias de las dos hojas del pericardio: la sínfisis pericardíaca.

Manifestó las dificultades que para el diagnóstico de esta última afección existen, lo que explica que en muchos casos constituya un hallazgo de autopsia.

Afección, la sínfisis del pericardio, en ocasiones de sintomatología tan embozada que simula muy bien procesos peritoneales, hepáticos, ó estados de asistolia irreductible ó de repetición; en cuyo caso la sintomatología real se ve enmascarada por síndromes de tan preponderante luminosidad que obscurecen ó ocultan otros síntomas menos intensos, pero capaces de conducir al diagnóstico exacto. Así se explica que Cadet afirme que la asistolia de todo adolescente debe hacer sospechar la sínfisis del pericardio, y que, más propiamente, Merklen asegure que la asistolia acompañada de hepatomegalia y ascitis, ocurrida en un adolescente, indica siempre la existencia de una sínfisis del pericardio.

Todas estas consideraciones fueron sugeridas á propósito de un caso hospitalizado en las Clínicas Médicas de esta Facultad, y cuya comunicación parece interesante al doctor Pastor Reig.

Se trata de un muchacho de 21 años de edad, natural de Penáguila (Alicante), de oficio cantero, temperamento linfático y mediana estatura y constitución.

No merecen consignarse los antecedentes familiares.

El individuo objeto de esta historia padeció en la niñez el sarampión y algún catarro bronquial.

Hace unos 4 años aproximadamente fué víctima de una paliza; á partir de entonces, afirma, ha perdido su salud lenta, pero progresivamente.

Comenzó por aquel entonces notando disnea de esfuerzo y algunas palpitaciones. Recuerda que unas y otras se acentuaban durante la ascensión de pendientes, y en ocasiones la disnea le obligó á suspender la marcha y se acompañó de tos.

Un año después la disnea se manifiesta con motivo del más ligero esfuerzo, y comienza á notar tensión intra-abdominal.

Paulatina, pero progresivamente, fueron acentuándose estos síntomas, y el abdomen se abulta hasta adquirir grandes proporciones.

En Abril de 1911, fué objeto de la primera observación del Dr. Pastor Reig, apreciando: Faz cianótica, aleteo nasal, disnea continua é intensa.

Tórax ensanchado en su base y retraído en su porción media del lado izquierdo. Disminuída la excursión respiratoria en la mitad izquierda del tórax. Abdomen muy abultado, y la piel que le recubre surcada por abundantes venas dilatadas, predominantes en la porción supra-umbilical. Brazos delgados y piernas ligeramente edematosas.

Lengua limpia, desplegada y húmeda, buen apetito y normales digestiones. Ascitis considerable, hígado grande, duro y rugoso.

Retracción ligera permanente de la región precordial, movimiento ondulatorio de la misma, disminución del choque de la punta.

Area de percusión cardíaca aumentada transversal y longitudinalmente. Abolición del reflejo cardíaco de Abrams. Inmovilidad de la punta del corazón en las diversas actitudes.

Roce pericardíaco en el centro de la región precordial hacia el tercero y cuarto espacios intercostales.

Ruido de *redoble paradoxal* por desdoblamiento del primer tono.

Turgencia inspiratoria de las venas del cuello. *Colapso diastólico* de las mismas. Pulso radial de 110, hipotenso, arrítmico y paradoxal de Küssmaul.

Ligera tos, expectoración escasa y mucosa.

La punción del abdomen permitió la salida de 7 litros de un líquido amarillento no coagulable de 1.018 de densidad con $\frac{1}{2}$ por 1.000 de albúmina y con reacción de Rivalta negativa. Leucocitos escasos poli y mononucleares.

Orina escasa y con indicios de urobilina.

Los datos de la anterior historia fueron documentados por el orador, exhibiendo notables paradigmas, toracogramas y trazados esfigmográficos, combinados con los de la respiración para evidenciar el pulso paradoxal, que demostraban la paciencia y habilidad del clínico.

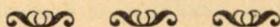
Expuesta la anterior historia, pasó el Dr. Pastor Reig á la interpretación de los síntomas y en especial de los síntomas cardiovasculares y hepáticos.

Hizo resaltar el valor diagnóstico de la inmovilidad de la punta del corazón y de la invariabilidad del área de percusión, según las diversas actitudes del sujeto. Estudió el reflejo cardíaco de Abrams y las condiciones que explican su desaparición. Valiéndose de esquemas trazados en la pizarra explicó las diferentes clases de pulsos venosos y la influencia que la respiración ejerce sobre la circulación, viniendo á caracterizar la existencia, en el enfermo objeto de la historia, de colapso venoso diastólico é ingurgitación inspiratoria; valoró estos síntomas más frecuentes en las pericardio mediatisitis, estudió su patogenia así como la del pulso paradoxal, y refiriéndose á la hepatomegalia y la ascitis describió la génesis de ambas en los casos de sínfisis del pericardio, en especial la de aquellos casos, bien raros por cierto, que constituyen la afección descrita por Gilbert y Garnier, con la denominación de sínfisis pericardio-perihepática ó sínfisis con síntomas ectópicos de Weil.

Por lo que se refiere á la naturaleza de esta afección, citó la mayor frecuencia del reumatismo, tuberculosis y arterio-esclerosis entre las causas de la sínfisis, y por lo que se refiere al caso presente, la edad del sujeto, la ausencia de otras manifestaciones reumáticas, algunos datos sintomáticos, la cuti-reacción positiva con la tuberculina, etc., permiten sospechar la naturaleza tuberculosa de la lesión.

Tan acabado estudio terminó con oportunas consideraciones acerca del pronóstico y tratamiento de las pericarditis crónicas.

El numeroso y escogido auditorio premió con calurosos y prolongados aplausos la meritísima labor del joven profesor clínico de esta Facultad, que una vez más evidenció sus vastos conocimientos y su notable aptitud clínica.



Información sobre el Salvarsán en la sífilis y otras enfermedades

(CONTINUACIÓN)

LA TERAPIA CON EL SALVARSÁN, SU PASADO Y SU PORVENIR, por el *doctor Ehrlich*. Conferencia dada en el Colegio Médico de Francfort en 7 Abril 1911.— Traducción directa del alemán autorizada por el autor, por el *Dr. Francisco Santiñá*.

II

Es digno de llamar la atención que tales alteraciones del acústico se observan con mayor frecuencia en unos puntos que en otros; así parece haber sucedido tanto en la clínica de Finger como en la de Rille, en Leipzig, quien ha observado tres casos. Hay que sospechar que obran circunstancias especiales de localidad, que no podemos averiguar por ahora, que fomentan de una manera especial la multiplicación de los gérmenes que han escapado á la esterilización (tal vez descomposiciones anormales de naturaleza bacteriana en los focos treponémicos). He insistido en estos hechos porque me parece que, una vez conocidos, hay esperanzas y casi posibilidad de evitar tales recidivas. Estas se han observado casi siempre en el primer período de la infección, en que, como está admitido en todas partes, es tan sumamente difícil hacer una esterilización enérgica y eficaz; además, en la mayor parte de estos enfermos se les había dado una sola inyección en la forma menos fácil de absorber; lógicamente, hay pues que decidirse á tratar á estos enfermos con energía, sometiéndolos á inyecciones repetidas, intercalando tratamientos mixtos (iodo, mercurio), y si esto fuera imposible, que se siga el tratamiento usado hasta ahora.

Vamos á tratar el tercer punto que me propongo desarrollar en esta conferencia: la toxicidad del preparado. Ya he dicho anteriormente lo difícil que es hallar un preparado sintético que tenga grandes propiedades esterilizantes y que á la par sea absolutamente inofensivo, es decir, que no tenga efectos nocivos ó peligrosos. La historia de la terapéutica demuestra que no hay un solo compuesto químico que en la hipersensibilidad respectiva no pueda producir la muerte en uno ú otro caso. Substancias tan aparentemente inofensivas como la fenacetina, pueden causar en casos excepcionales muchísimos perjuicios. La experiencia larga y continuada de un medicamento ha proporcionado la posibilidad de reducir estos perjuicios á un grado mínimo (ácido fénico, iodoformo). El mismo concepto de venenoso con que se ha querido tachar al cloroformo, es del todo un concepto muy relativo; por ejemplo: la mortalidad debida á esta substancia, entre personas sanas, no pasa de la proporción de 1 por 50.000; esta proporción asciende, en el material corriente de los hospitales, á 1 por 2.070, y sube á mucho más esta proporción en los cardíacos. Una cosa análoga puede decirse del Salvarsán.

Siendo de todos sabido, como es, que en diferentes enfermedades (especialmente en las infecciosas graves y con grandes temperaturas) la resistencia general del individuo disminuye notablemente, es lógico y natural que al estudiar el coeficiente tóxico del pre-

parado lo hagamos estudiándolo aplicado á cada enfermedad en particular. Me limitaré, pues, á relatar los diferentes trabajos que se han verificado en la sífilis en todos sus períodos. Estas experiencias han demostrado que el Salvarsán debe considerarse como muy poco tóxico, si se excluyen de su aplicación determinadas alteraciones orgánicas, que hace tiempo hice públicas (afecciones del corazón y degeneraciones extensas del sistema nervioso central). Desde un principio, en las instrucciones que acompañaban mi preparado, decía:

«Del tratamiento hay que excluir todos los enfermos que tengan alteraciones nerviosas ú orgánicas del corazón. Deben excluirse también los que sufran degeneraciones de los vasos, aneurismas, hemorragias cerebrales, y, finalmente, lo contraindicaba también en los viejos.»

Hoy añadido al capítulo de las contraindicaciones, las nefritis graves, diabetes y úlceras del estómago. Estas contraindicaciones no han sido atendidas siempre, pues en algunos casos desesperados se ha arriesgado el tratamiento por el Salvarsán. Si se ha empleado el Salvarsán en la leucemia aguda, en la atrofia del hígado, en grados muy avanzados de diabetes, en trastornos cerebrales graves, no puede criticarse, porque en varias enfermedades no sífilíticas, y nombro solamente, como ejemplo, la enfermedad del sueño, ha producido inmejorables resultados; pero yo protesto de la manera más enérgica contra la afirmación que se quiere deducir de tales resultados, es decir, que se deduzca una gran toxicidad del remedio, porque no resulten siempre efectos útiles y sí algunas veces malos y alguno fatal, y protesto al mismo tiempo de que tales casos se registren y vuelvan á repetirse sin acabar nunca, como lo hace Hallopeau, y que le sirven para querer deducir la gran toxicidad de mi preparado. No debe extrañar que, en algunas enfermedades, la administración de un remedio, en determinadas circunstancias, apresure el desenlace fatal, que de por sí era ya inevitable; cosa que ocurre con harta frecuencia en operaciones de casos desesperados. Si tales defunciones se pusieran sobre la cuenta corriente del medicamento, con muchísima razón debiera decirse, por ejemplo, que la morfina es una substancia muy peligrosa y tiene una mortalidad muy alta.

Para explicaros la clase de enfermos que en muchos casos se ha empleado, os explicaré (que yo conozca) cinco casos, para los cuales la inyección se había ya propuesto, pero que por diferentes razones se aplazó; los cinco enfermos murieron antes de procederse á la inyección. Tres eran paralíticos, otro estaba con sífilis maligna, y el quinto caso (del hospital Miassnitzkaja, de Moscou) no ofrecía ninguna particularidad. La autopsia no dió otro resultado que el hallazgo de lesiones de arterioesclerosis; la causa inmediata de la muerte pareció ser una angina de pecho. Si en tales casos la inyección se hubiese practicado, estando como estaban los pacientes aparentemente en buen estado, probablemente la muerte se hubiera puesto sobre la cuenta del remedio. Estos casos se me han referido solamente como casos curiosos; pero estoy convencido de que en realidad se habrán repetido más veces, sin que hayan llegado á mi conocimiento. Me limitaré aquí á enumerar algunas determinaciones mortales, que para la práctica son de suma importancia.

1.^a El caso muy conocido ya de Spiethoff: enferma de veintiocho años, muy anémica, muy mal nutrida, hacía tres años había sido tratada con el Atoxil á causa de sífilis terciaria de las fauces. Después de una inyección de 0'5 de solución monoácida de Salvarsán, sobrevino la muerte. El resultado de la autopsia fué el siguiente: sífilis terciaria de las fauces, con estenosis, gomas cicatrizados del hígado, hipoplasia del corazón y de la aorta; en esta enferma concurren, pues, complicaciones muy importantes, mala nutri-

ción, respiración defectuosa é hipoplasia del corazón. A su tiempo, ya dije que en este caso se trataba probablemente de un schok, pues la solución monoácida resulta extremadamente dolorosa.

2.^a El segundo caso, publicado por el señor Consejero privado Sr. Antón de Halle, es ya también conocido: se trataba de una enferma en la que la sífilis que padecía hacía cinco años había producido un foco de reblandecimiento en el lóbulo parietal, bastante extenso; este caso tuvo un resultado fatal después de la inyección de 0'4 de Salvarsán.

Hay que convenir en la razón que asiste al Sr. Antón, quien opina que la inyección intravenosa de una solución relativamente concentrada y ácida tuvo la culpa del resultado. Nuestras experiencias y las recientes de Hering-Prag enseñan que las soluciones ácidas aplicadas por vía intravenosa, son mucho más tóxicas que las soluciones alcalinas que nosotros introdujimos en animales, y Halt y Schreiber en hombres. La autopsia del segundo caso dió los resultados siguientes:

Reblandecimiento grande de la corteza del lóbulo temporal izquierdo y parte del lóbulo parietal, hidrocefalia interna, anemia y edema del encéfalo, leptomeningitis crónica de la convexidad, hiperhemia y edema de pulmón, corazón débil con atrofia muscular, principalmente del lado derecho; adiposis cardíaca, hipoplasia del riñón izquierdo, hinchazón del brazo, hiperhemia del hígado. La pared del ventrículo derecho tenía apenas dos milímetros; la grasa superpuesta cinco milímetros; músculo flojo de color rojo grisáceo no uniforme.

En este caso la contraindicación era evidentísima. Yo creo que si se hubiera intentado la narcosis por el cloroformo, la muerte se hubiera producido igualmente y las alteraciones del corazón habrían sido suficientes para explicarla.

3.^a Enfermo de treinta y nueve años de edad, que desde Junio de este año, sentía molestias en el corazón, con aumento de volumen de este órgano hacia el lado izquierdo, ruido diastólico encima de la aorta, compensación y diferencia y rigidez de las pupilas. Antes de aplicársele la inyección intravenosa de 0'5 se le hizo otra de morfina y escopolamina; la defunción se produjo cinco horas después de la inyección.

En la autopsia practicada por el profesor Fischer, de Francfort, halló: hipertrofia de los dos ventrículos del corazón, insuficiencia de la aorta, aortitis sífilítica, esclerosis de las arterias coronarias, miocarditis difusa con adelgazamiento del músculo cardíaco en su punta, aneurisma cardíaco. No cabe duda alguna que dichas alteraciones fueron la causa de la muerte de este enfermo.

4.^a (Kiel). Enferma de veintiséis años de edad, que sólo se lamentaba de haber tenido dos abortos y sentía algunos dolores en la región precordial; no había otros antecedentes y la enferma misma ignoraba su infección. El examen clínico riguroso no dió ningún resultado, pero el Wassermann fué positivo; para satisfacer el deseo de tener hijos sanos, se le inyectó intravenosamente 0'4; á los tres días murió, aquejando solamente algunas dificultades de respiración. Contra las prescripciones del médico, se había dedicado, inmediatamente después de la inyección, á trabajos pesados de jardín. La autopsia dió por resultado: el hallazgo, en el punto de la punción, de un gran trombo, además una embolia de la arteria pulmonar, aortitis específica, esclerosis de las arterias coronarias y degeneración del miocardio.

También en este caso habían varias circunstancias desgraciadas, sobre todo la formación del trombo, debidas probablemente á la imprudencia de la enferma al desobedecer las prescripciones médicas. Si hubiese sido posible tenerla bajo vigilancia facultativa, se-

guramente se habría evitado la formación de un trombo tan extenso y, sobre todo, su transporte á otro sitio de la economía. No cabe ninguna duda que también las deformaciones del corazón habrán contribuído á la muerte.

5.^a Este caso ha ocurrido en Leipzig; es de primordial importancia; se trataba de un joven robusto, de veintitrés años de edad, que en Septiembre se trató con Salvarsán y murió en Noviembre con fenómenos de ictericia grave y epistaxis intensa, mientras le llevaban al hospital. La autopsia dió por resultado: nefritis grave intersticial é inflamación grave del hígado, con adiposis; ignoro otros pormenores del caso.

Se ve, pues, que en los cuatro primeros casos que hemos examinado, se trataba de enfermos que tenían un corazón que no funcionaba tan bien como era de desear; de todos modos, se ve que yo tenía sobrada razón para prevenir, como previne, que había peligro al tratar enfermos del corazón con Salvarsán. Que en estos casos la inyección intravenosa aumenta los peligros, se comprende desde luego. En las instrucciones que daba yo en mi primera circular, llamaba la atención sobre la necesidad de observar especiales precauciones al tratar con inyecciones intravenosas enfermos cardíacos. Hay que decir que de nadie es la culpa en estos casos, porque el remedio era entonces nuevo y los peligros del corazón desconocidos.

Estos accidentes podrán evitarse en el porvenir. El caso 5.^o tiene un interés especial, porque la muerte se debió á una ictericia crónica y á una degeneración del hígado, no concurriendo ninguna afección del corazón (1). Aunque me faltan datos detallados sobre este caso, quisiera dar mi opinión en el sentido de que se trata de una intoxicación crónica debida al medicamento. Varios autores han observado la aparición de ictericia ocho ó diez días después de la inyección; más adelante volveré á tratar este punto. Un caso parecido ha descrito hace poco tiempo el Dr. Iwersen en una enferma afecta de fiebre recurrente; se trataba de una paciente de gravedad excepcional, en la cual el alcoholismo desempeñaba un papel más que importante.

En enfermedades del hígado sifilíticas, se ha comprobado palpablemente la benéfica influencia del Salvarsán, desapareciendo la enfermedad al poco tiempo de la inyección. Estoy convencido de que (más tarde volveré á hablar de este asunto) en los depósitos de Salvarsán (yo supongo que en el caso de Leipzig se había usado del preparado en emulsión) se producen descomposiciones que se manifiestan frecuentemente con fiebres, con ó sin exantema, ó bien ictericias; precisamente por estas observaciones me determiné á desaconsejar las emulsiones y á proponer la inyección intravenosa.

Voy á resumir una vez más: los casos descritos y conocidos no pueden cargar mucho la cuenta del Debe del remedio; pues concedido que el Salvarsán está en relación directa con las defunciones ocurridas, teniendo en cuenta los resultados de las autopsias, hay que considerar que hablamos de 25.000 á 30.000 casos de tratamiento con Salvarsán. Observando mis instrucciones sobre las contraindicaciones, tal como las había formulado desde un principio (enfermedades graves del corazón y de los nervios), si no se trata de enfermos caquéticos, que no sean de origen sifilítico, si se excluyen del tratamiento la diabetes grave, nefritis grave y tuberculosis avanzada, creo que el remedio no ofrece peligro alguno,

(1) De las causas de los cuatro primeros casos tendré que volver á tratar.

y que los casos fatales podrían evitarse, porque (fuera de las contraindicaciones que hemos formulado) sólo han ocurrido en enfermos paralíticos.

En este sentido, permitidme repetir las palabras de una persona como Gaucher que, siendo adversario fanático del remedio, puedo citarlo como testigo imparcial, dice: *je n'ai rien à dire des accidents que pourrait produire l'ars eno-benzol, car je n'ai opéré que dans des conditions où je ne pouvais avoir d'accidents.*

No quiero hablar aquí de los pequeños fenómenos que pueden acompañar á las inyecciones subcutáneas, por ejemplo: el dolor que causan, las hinchazones, reblandecimientos, necrosis; todos estos fenómenos han influido en mí para que desaconseje este método. Debo advertir que parte de estos fenómenos desagradables hay que atribuirlos á la manera de preparar las soluciones, pues veo muy difícil evitar que entren microbios ó bacterias; por esta misma razón, no puedo creer las afirmaciones que se me han hecho de la absoluta esterilidad de los focos de la inyección. Max Neisser me comunicó que en cuatro experimentaciones de punción del foco, había obtenido de un caso culturas de estreptococos, de otros estafilococos, y en los dos restantes, negativos. Se comprende fácilmente que lo único que pueden hacer las bacterias, en estos casos, es producir supuraciones, trombosis ó embolias que impiden la reabsorción del remedio y, por lo tanto, los efectos del mismo.

En pocas palabras quisiera hablar aquí de las perturbaciones de la vejiga, que se observaron por primera vez en Praga. Estas alteraciones pueden explicarse, y, en mi concepto, son debidas á una oxidación sufrida por el preparado, formándose un cuerpo mucho más tóxico: el óxido del arsénico. Eitner y Malinowski han descrito ya detalladamente estos fenómenos de la vejiga y pronto se publicará también un extenso trabajo de Sobotka (1). Oxidación que puede ser debida á que el tubito se había abierto sin gastarse inmediatamente su contenido, que se dejó la solución sin usarla más tiempo de lo debido ó que el tubo permitía la entrada de aire.

Después de haber estudiado y detallado uno á uno todos los inconvenientes del Salvarsán, quiero tratar de las dudas que han surgido respecto de su efecto específico. Permittedme que adelante, á favor del Haber del mismo, los resultados casi milagrosos, por lo rápidos, que hacen constar la mayor parte de autoridades médicas mundiales: «Los enfermos sienten un gran bienestar y los glóbulos rojos aumentan notablemente.» Sobre esto último ha llamado, primero que nadie, la atención la clínica de Praga.

Volvamos á su acción específica. Ha habido autores que dudaron, y que, en parte, están aún dudando de toda eficacia del preparado, ó que consideran ésta muy pequeña. Estas manifestaciones son muy de extrañar después de los datos adquiridos en el tratamiento de las extensas variedades de enfermedades causadas por espirilos. Dejando de lado la sífilis, hay otras afecciones que se curan por el Salvarsán, v. gr.: la fiebre recurrente, la framboesia, la angina de Vincent. También en animales se ha obtenido efectos sorprendentes no solamente en los laboratorios, sino también en epidemias importantes. Dschunkowski ha curado la espirilosis de los gansos, y Ornstein la de las gallinas. Gerber ha curado hasta las espiroquetas de las muelas. Así es que no comprende como teniendo ante los ojos tales resultados, cabe aún duda alguna respecto á la eficacia primaria del medicamento. Se hace otra objeción, diciendo que obra bien contra las espiroquetas que están en la

(1) Se ha publicado en el *Semanario Médico*, de Munich, número 51, página 2.683, 1910.

sangre, como ocurre en la fiebre recurrente y en la espirilosis de los gansos, pero en las enfermedades en las que, como en la sífilis, los parásitos están con preferencia en los tejidos, no es posible una terapia *esterilisans magna*. Esta manera de pensar no es cierta, á mi parecer. Las investigaciones más detalladas sobre la trepanosomiasis han claramente demostrado que en los conejos los efectos morbosos se manifiestan por extensas deformaciones que dominan el cuadro sintomático. A pesar de todo esto, se logra la esterilización por un solo golpe, que produce la salud del organismo. También respecto de la sífilis creo, de conformidad con las explicaciones de Wechselsmann, que mueren las espiroquetas que están en los tejidos y que solamente escapan las que están en focos necróticos ó dentro de determinados nervios, pues no hallándose al alcance de la corriente sanguínea se sus-traen á la acción del medicamento.

Los que profesan la teoría de que las muchas recidivas no permiten creer en una terapia *esterilisans magna* por el Salvarsán, debo decirles que la califico de infundada. Por tener esta cuestión una importancia fundamental, voy á tratar aquí de sus puntos más importantes.

Si se quiere practicar una terapia *esterilisans magna*, tanto en hombres como en animales afectos de una enfermedad crónica, sólo se conseguirá empleando dosis relativamente grandes y dadas por un procedimiento rápido y enérgico. Permitidme que recuerde aquí las experiencias del Dr. Raven en Tokio, de la enfermedad del sueño. He recibido las dos tablas siguientes de su tratamiento con el Arseno-fenil-glicín.

En un total de 111 casos tratados se han observado:

			Dosis	1-10 miligramos	por kilo.			
GRUPO 1.º	1.	1 vez.	. . .					1 = 100'00 % fracasos.
	2.	36	»	»	10-20	»	»	20 = 55'56 »
	3.	21	»	»	20-50	»	»	7 = 33'33 »
	4.	25	»	»	50-40	»	»	5 = 21'70 »
GRUPO 2.º	5.	29	»	»	40-50	»	»	0
	6.	20	»	»	50-60	»	»	0
	8.	1	»	»	60-70	»	»	0
	7.	3	»	»	70-80	»	»	0

De esto se deduce: Que el resultado favorable depende exclusivamente de la cantidad inyectada, dosis pequeñas producen ciertos efectos; pero para obtener una esterilización segura, hay que inyectar dosis grandes.

Hasta ahora hemos dado en la sífilis dosis reducidas. Dosis de 0'4 ó 0'5 de Salvarsán no son grandes de por sí, y el efecto terapéutico no puede ser completo. Esta esterilización completa se agrava más por la circunstancia de que el método de aplicación más generalizado es el de la emulsión, puesto que la reabsorción del medicamento se hace de modo muy irregular y variado; así es que el efecto esterilizante que se obtiene por medio de la inyección intravenosa, por su modo de obrar rápido y brusco, queda vedado. Actualmente, después del poco tiempo de aplicación del preparado, no puedo formar un criterio del todo seguro pero sí os puedo ya decir que, á pesar de las dosis insuficientes que se han inyectado hasta ahora, bastantes enfermos estarán ya curados. Citaré hechos que afianzarán esta opinión mía.

En el año 1907, en compañía del Dr. Herxheimer, hicimos unos experimentos con el Arseno-fenil-glicín. Es éste un cuerpo reducido del Arsénico, que obra, según las experiencias de Herxheimer, Alt y Neisser, como el Salvarsán. Era muy difícil tener bajo observa-

ción los enfermos que entonces se trataron. Con muchísimo trabajo, en Diciembre de 1909, logramos reunir doce de los tratados con el Arseno-fenil-glicín; tres de éstos habían quedado libres de toda clase de síntomas. Los detalles de estos casos son los siguientes:

	Diagnóstico al entrar	Tratamiento en el hospital	Acontecimientos ulteriores	
			1907-1908	1909
1 Niño S. (n.º 44)	Lúes hereditaria.	Desde 13 de Julio hasta 17 de Octubre, arseno - fenil - glicín: 0'06-0'07-0'05.	Desde entonces sin síntomas, ningún tratamiento ulterior; en 12 Octubre 1908, ofreció buen aspecto sin síntomas.	Sin síntomas; buen aspecto; Wassermann negativo.
2 W. (Hombre) n.º 51	Lúes II, pápulas costrosas en la cabeza, pliege nasolabial y boca; úlceras en la lengua; placas necróticas del paladar; lúes maligna.	Desde 6 hasta 26 Septiembre 1907 arseno-fenil-glicín: 0'3-0'4-0'5-0'6.	Desde entonces sin síntomas, sin tratamiento. 8 Octubre 1908, sin síntoma alguno, buena salud, sin ataques epilépticos.	11 Octubre 1909. Sin síntomas; buena salud; sin ataques epilépticos. 12 Octubre 1902. Número 865. Wassermann negativos.
3. H. (Hombre) n.º 65	Lúes II, pápulas costrosas en la cabeza y frente; placas necróticas en la boca. Lúes maligna	17 Septiembre hasta 19 Octubre 1907, arseno - fenil - glicín: 0'3-0'4-0'5.	Desde entonces sin síntomas, tratamiento latente, uno en Marzo 1908, otro en Septiembre 1908. En 8 Octubre sin síntomas.	Mayo 1909, tratamiento latente; 11 Octubre 1909, sin síntomas: 12 Noviembre 1909, núm 885. Wassermann negativo.

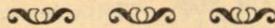
Concediendo que el tiempo de observación no es suficiente para formar un criterio absoluto, hay que considerar que se trata de un término de dos años y medio, durante los cuales han quedado libres los tres enfermos de sífilis grave de toda clase de síntomas y con el Wassermann negativo; por tanto, una curación efectiva y completa es más que probable.

El Dr. Alt, de Uchtspringe, ha hecho constar también una serie de casos (tabéticos) tratados con el Arseno-fenil-glicín, los cuales conservan el Wassermann negativo, obtenido por este preparado, después de año y medio. También de aquí puede colegirse que ha habido una esterilización completa. Si ahora, á consecuencia de las muchas recidivas, se desespera de llegar á una esterilización absoluta, hay que llamar á este modo de pensar, ilógico, pues sabido es que los fracasos se manifiestan en el acto, mientras los efectos curativos persistentes no pueden saberse sino después de largo tiempo de observación. Estamos, pues, obligados á aguantar el granizo de las recidivas, sin poder contestar con el número exacto de curaciones completas. Schreiber, de Magdeburgo, cita un caso de un chancro típico primario, salido en otro lugar que ocupaba el de la primera infección tratada por el Salvarsán. El mismo cita otro análogo al que acabamos de relatar.

Pasando ahora al resumen de los hechos no discutibles, todo el mundo conviene en

que los fenómenos de todas las fases de la sífilis desaparecen rápidamente por el Salvarsán. Doy la palabra á un colega muy respetado por su imparcialidad y claro juicio, el señor Consejero secreto Dr. Lesser: «Lo más sorprendente es su rápido efecto curativo. Los síntomas de todas las fases de la sífilis se reducen y, en general, desaparecen por completo. Las afecciones primarias, las erupciones, las pápulas húmedas, las periostitis, afecciones de las mucosas, cefalea, iritis, todas estas manifestaciones experimentan una pronta reducción; en los primeros tiempos, me abstuve de todo tratamiento local; á pesar de esto, las pápulas húmedas se cubrieron de piel y se reabsorbieron rápidamente; las afecciones papulosas y exantematosas se redujeron más despacio; el éxito más satisfactorio he tenido en los casos de sífilis terciaria, y notabilísimo en caso de sífilis maligna. Los fenómenos terciarios de la piel, mucosas y huesos, se curan á veces, con rapidez extraña; los secuestros se expulsan también rápidamente; han sido ya muchos los que han llamado la atención sobre la influencia epitelializante del medicamento. También es verdad que, aunque tardáramos más tiempo, también obtendríamos los mismos efectos que acabo de mencionar con los métodos seguidos hasta ahora; pero en cambio, he visto casos de sífilis maligna resistentes á todas las medicaciones conocidas, las cuales han curado con el Salvarsán. Hace poco he visto un enfermo, cuya dolencia databa ya de once años, el cual tenía extensas ulceraciones de la piel, en parte cicatrizadas, destrucción del paladar, parte interna de la nariz y parte del hueso cribiforme, cuyas ulceraciones curaron casi por completo después de *una sola* inyección del preparado, cosa que no se había podido conseguir con el mercurio, iodo y Atoxil. La enorme influencia del medicamento en esta curación se comprenderá más fácilmente si se considera que en la semana que siguió á la curación, el enfermo aumentó ocho kilos. Este caso me hizo pensar en las palabras de Ehrlich, respecto de otro medicamento de la misma serie y anterior al Salvarsán, la Arsacetina, que *hay balas encantadas que simplemente tiradas en el aire dan siempre en el blanco, en virtud de una fuerza misteriosa que las mueve.*

(Se continuará.)



REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA Y CIRUGÍA

Un nuevo signo para el diagnóstico de la tuberculosis. — RODRÍGUEZ MACHADO. (*La Presse Méd.* 1911, núm. 92.)

A los numerosos signos físicos que se han descrito para descubrir las primeras manifestaciones pulmonares de la tuberculosis, añade el autor otro más que había sido observado por el profesor Almeida Magalhaes (de Río de Janeiro) y comprobado ulteriormente como de valor indudable en centenares de casos.

La percusión de la parte interna de la región

infraclavicular es la más fácil y la más empleada; pero de la parte externa ha sido completamente olvidada. Algunos hasta llegan á decir que esta región externa está fuera de la zona sonora de percusión. Sin embargo, es fácil comprobar que percutiendo en los límites extremos, es decir, en el hueco situado entre el deltoides y el pectoral mayor (fosita de Morhenheim, de los autores alemanes), se produce siempre un sonido pulmonar típico.

Por otra parte, dadas sus relaciones anatómicas con la parte superior y externa del vértice y la predilección que tiene la tuberculosis por ese sitio, se comprende la importancia que ha

de tener el comprobar su estado en la tuberculosis incipiente. Y en efecto, en la mayoría de enfermos en los que se encontró algo oscuro el sonido á la percusión del hueso deltoideo-pectoral, se confirmó ulteriormente la existencia de la tuberculosis.

He aquí cómo se procede para investigar este signo: sentado el enfermo, se le hace descansar su antebrazo sobre el abdomen, en posición intermedia entre la pronación y la supinación, para que los músculos queden relajados y la cabeza humeral bien hacia atrás. En seguida se apoya sobre el hueso deltoideo-pectoral la pulpa de un dedo y se percute sobre él, teniendo en cuenta que el dedo percutor debe ser dirigido transversalmente de fuera adentro, pues si se hiciera de delante atrás, nada se conseguiría porque entonces la percusión actuaría sobre el hombro y no sobre el pulmón.

El autor no emplea plexímetro ni martillo por varias razones: 1.^a Para establecer más contacto con la superficie del cuerpo que se ha de percudir; 2.^a Para obtener la sensación de resistencia de los tejidos sacudidos por el choque, de modo que se perciban dos sensaciones, una auditiva y otra táctil en la que los dedos sean jueces no menos exactos que el oído; 3.^a Para graduar el choque con más facilidad y precisión, y 4.^a Para evitar el timbre del plexímetro, cuya constitución no se aproxima nunca tanto á la de las partes percudidas como la del dedo. La percusión será ligera al principio, aumentando poco á poco su intensidad con objeto de informarse del estado de todo el vértice.

En las minuciosas percusiones efectuadas en la región infraclavicular por el autor, ha comprobado un hecho importante cuya causa queda ignorada: la forma de la línea de percusión, que es casi concéntrica en la tuberculosis (excepto en la granulía) y rectangular en las infecciones pneumocócicas y en las congestiones. ¿Sería esto debido á la diferencia de rapidez de los dos procesos, uno lento, crónico, el otro rápido, agudo?

Para marcar esta línea debe percudirse desde dentro hacia afuera, y siempre en los espacios intercostales; teniendo cuidado de percudir sobre la extremidad digital. Los resultados han sido comprobados por el autor con el fonendoscopio

de Bianchi y, en diez casos, por la necropsia.

Esta breve exposición demuestra que el «signo d'Almeida Magalhaes» está constituido por dos términos: oscuridad á la percusión del hueso deltoideo-pectoral, en la tuberculosis incipiente, y propagación en línea concéntrica en la tuberculosis avanzada.

Medios de transmisión de la lepra

El mecanismo de transmisión de la lepra constituye un problema poco conocido. Para resolverlo, Lindsay Sandes ha practicado una serie de experimentos interesantísimos, cuyos resultados publica en el *Journal of tropical Medicine*.

No cree que la herencia desempeñe un gran papel, puesto que en dos fetos, hijos de padres leprosos, no consiguió descubrir el microbio de Hansen. Este se encuentra, en los casos avanzados de lepra, en los ovarios, la próstata, el semen, pero no en el espermatozoide ni en el óvulo, ni parece probable que pueda atravesar la placenta.

La transmisión por las vías digestivas, de existir, es rarísima, lo cual se comprende, pues el bacilo de la lepra, que es muy delicado, está expuesto á la acción de los diversos jugos digestivos que por necesidad han de imprimirle grandes modificaciones. Prueba de ello es la falta de síntomas del aparato digestivo y de alteraciones patógenas de los intestinos y de los ganglios linfáticos en estos casos.

Es posible la infección por las vías respiratorias, por más que las lesiones de las fosas nasales y de la laringe sólo se observan en la lepra confirmada, y las de los pulmones son raras en esta enfermedad, y debidas, más que al bacilo de Hansen, al de Koch.

Suponiendo Lindsay Sandes que la puerta de entrada del bacilo de la lepra es la piel, procuró averiguar qué papel desempeñan en la transmisión de esta enfermedad los insectos domésticos, mosca común, mosca del ganado, mosquitos, pulga ordinaria y chinche.

Las pulgas, las moscas y los mosquitos, encerrados en recipientes y en contacto con las úlceras leprosas, casi nunca contenían bacilos de Hansen en su aparato digestivo, pero, en

cambio, las chinches los contenían en abundancia, hasta diez y siete días después de picar á los enfermos leprosos, y estos bacilos eran idénticos á los que se obtenían en los cultivos por los métodos de Clegg y Duval.

Fundado en este hecho, Lindsay Sandes admite que las chinches figuran entre los agentes que más contribuyen á transmitir la lepra.

Long ha practicado también experimentos que prueban la exactitud de las afirmaciones de Lindsay Sandes sobre la influencia de las chinches en la transmisión de la lepra. Hizo que chinches procedentes de puntos que jamás habían estado habitados por enfermos de lepra picaran á leprosos en la proximidad de los nódulos. Al examinar á estos animales, vió que todos contenían en su aparato digestivo bacilos idénticos al de Hansen. Las chinches procedentes de los mismos puntos y que no habían picado á enfermos de lepra, no contenían en su aparato digestivo dicho bacilo.

Cita, además, Long en apoyo de su aserto, el siguiente caso, que tiene todo el valor de un experimento. Un indígena se presentó en su consulta con manchas faciales de lepra tuberculosa, que habían aparecido hacía unas seis semanas Ni en los individuos de la familia de este enfermo ni en el pueblo que habitaba había leprosos. Después de muchas investigaciones, pudo averiguar que el año anterior dicho individuo había estado tres ó cuatro veces en una aldea situada á 50 millas de la suya y en la que habitaba un leproso, pero que en la época referida se hallaba ausente. El individuo de que se trata pernoctó una noche en la choza que habitaba de ordinario el enfermo leproso, y fué picado por las chinches, que debían estar infectadas, y que le transmitieron indudablemente la lepra.

BIOQUÍMICA Y TERAPÉUTICA EXPERIMENTAL

La bacteriolisis de los bacilos de la tuberculosis.

—DEYCKE Y MUCH. (*Münch. Med. Wochenschr.*), núm. 39.

En otra precedente comunicación (*Mediz. Klinik*, 1908), los AA. afirmaron que la *lecitina* poseía la propiedad de quitar á los bacilos tuber-

culosos su propiedad de ácido-resistencia y de disolverlos por completo.

Sin embargo, no todas las razas de bacilos tuberculosos se conducen de idéntica manera, por lo que se refiere á este fenómeno de bacteriolisis; los bacilos bovinos, por ejemplo, resisten durante varios meses la acción de la *lecitina*, sin presentar trazas de bacteriolisis. Para sus experimentos, los AA. utilizaron la *lecitina* de la casa Merck, obtenida en parte de la sustancia cerebral y en parte del huevo; esta *lecitina* disolvía los bacilos tuberculosos y pudieron de este modo obtener los materiales bacilares, sin mezcla de ningún elemento morfológico. Con este producto bacilar, que los AA. apellidaron T.ob—L, consiguieron inmunizar varios cobayos contra sucesivas infecciones tuberculosas. Esta inmunidad obtenida por los AA., usando productos bacilares del modo que queda consignado, fracasaba en otros casos, porque no todas las *lecitinas* empleadas gozaban del mismo poder bacteriolítico, notándose bajo este punto de vista grandes diferencias, no sólo entre las *lecitinas* de diferentes casas productoras, sino también entre los productos procedentes de la misma casa.

Para poder obtener resultados más constantes, los AA. ensayaron varias *lecitinas* y encontraron en la *lecitina* fabricada por la casa Poulenc, de París, propiedades muy apreciables á este objeto: con esta *ovo-lecitina* usada en emulsión al 10 por 100, se obtenía la bacteriolisis de los bacilos tuberculosos humanos en un período de tiempo muy corto, y se conseguía la disolución de los bacilos de la tuberculosis bovina.

Resultados todavía mejores obtuvieron los AA., usando en vez de la *lecitina*, la *colina* y la *neurina*. La *colina* usada en solución al 25 por 100, disuelve en pocos minutos los lipoides del bacilo tuberculoso; á la temperatura de 37° se consigue obtener en 24 horas la disolución completa de 5 gramos de bacilos tuberculosos húmedos en 100 cm.³ de *neurina*. Casi tan activa como la anterior, se muestra la *colina* también en solución al 25 por 100. Los AA., hasta la fecha, no han encontrado muestra alguna de bacilos tuberculosos que hayan resistido á la acción de estas dos sustancias.

VARIA

El Montepío de los titulares y la Sociedad de socorros mutuos del Colegio de Médicos de Valencia ⁽¹⁾

En vista del fracaso del Montepío nacional de Médicos titulares, puesto que según mis noticias está en liquidación, me parece éste el momento oportuno para llamar la atención de la clase médica valenciana, sobre la Sociedad de socorros mutuos de nuestro Colegio, creyendo prestarle con ello un verdadero servicio.

No voy á entrar en el estudio y crítica de las causas que han conducido á dicho Montepío al desgraciado fin que soy el primero en lamentar, no es éste mi propósito; pero sí diré que no me ha sorprendido, que lo tenía previsto para un plazo relativamente corto. Cuando se publicó su Reglamento, noté en la organización que se le daba dos errores de suma transcendencia: primero, que el coeficiente de mortalidad adoptado como base de cálculo fué el 25 por 1.000, y si bien este tipo es aceptable para clases sedentarias que pueden dedicarse al cuidado de su salud, cuando se trata de la clase médica entiendo que debe elevarse al 30 por 1.000, habida cuenta de lo penoso que es el ejercicio de nuestra profesión y que el médico está siempre dispuesto á sacrificar su salud en beneficio de la de sus clientes. Este, al parecer, pequeño error de cálculo, en el transcurso del tiempo hubiera producido un desequilibrio económico y comprometido la vida del Montepío, á menos de subsanarlo, en perjuicio siempre, claro está, de los supervivientes.

El segundo es más importante; consiste en lo que constituye la esencia de los Montepíos: en la concesión de pensiones á los socios ó á sus familias, según los casos. Cuando las pensiones, vitalicias ó temporales, están á cargo del Estado son posibles, porque éste dispone del bolsillo de los ciudadanos en la medida que lo necesita para cubrir sus atenciones, aunque sea gravitando con pesadumbre abrumadora sobre los contribuyentes. Pero cuando ha de pagarlas una sociedad particular á base de los intereses que produce el capital acumulado por los socios, entonces resultan muy peligrosas, porque casi fatalmente conducen á la bancarrota. Para demostrarlo expondré tan sólo el siguiente supuesto: si á fines del siglo pasado, cuando los valores públicos daban una renta mínima del 6 por 100, se hubiera creado un Montepío, se habría tomado como base racional de cálculo para la concesión de pensiones dicho tipo de interés; pero sobrevino nuestro desastre colonial, con las guerras y demás calamidades concomitantes; se impuso la *reconstitución*, llamémosla así, de la hacienda pública, y como consecuencia de ella, la reducción del interés al 4 por 100 que aun en la actualidad escasamente produce, es decir, una disminución de un tercio en la renta del capital social. De modo que el supuesto Montepío, ó habría tenido que suspender el pago de la tercera parte de las pensiones ó reducirlas todas en un tercio, lo que para pensiones ya de suyo modestísimas equivale á la insignificancia. Véase como no es posible fundar nada sólido y permanente sobre base tan deleznable y contingente como es el interés del capital, mucho más hoy que tan discutidos son uno y otro.

Además, está demostrado que las pensiones tienden á prolongarse de manera indefinida; la viuda, la huérfana, que han obtenido una, difícilmente renuncian á ella, hasta suelen

(1) Rogamos la reproducción de este artículo á la prensa profesional valenciana.

no casarse por no perderla, y ésta es la causa de que la duración de las pensiones esté fuera de todo cálculo de probabilidades y se hacen de todo punto insostenibles.

Por estas razones económicas auguré mal del Montepío de los titulares, aunque, á decir verdad, no esperaba el fin tan próximo, y es porque no ha sido debido á estas causas de acción más lenta, que el tiempo hubiera evidenciado, sino á otras de índole muy distinta y lo bastante desagradable para que no quiera ocuparme de ellas.

Lo cierto es que la desaparición del Montepío deja un vacío que es preciso llenar á toda costa, porque deja desamparada á la clase médica, tan digna y respetable como necesitada de los beneficios que proporcionan esta clase de instituciones.

Por lo que atañe á la provincia de Valencia, entiendo que esta necesidad está cubierta con la Sociedad de socorros del Colegio, si bien en forma modesta, pero susceptible de grandes ampliaciones.

Cuando la Junta del Colegio se propuso la creación de dicha Sociedad, tuvo muy en cuenta las consideraciones antes expuestas y por eso no le dió el carácter de Montepío; nada de pensiones, sino que adoptó el sistema de socorrer con una cantidad alzada, pero única, á los socios ó á sus familias, en los casos de inutilidad para el ejercicio de la profesión, ó en los de fallecimiento; es decir, fundó una Sociedad «Mutua»,

Nada más sencillo que la organización y funcionamiento de esta Sociedad. Los socios, á su ingreso, son reconocidos, y si resultan sanos, satisfacen una cuota de 25 ó 50 pesetas, según su edad; no se admiten los mayores de 55 años. Con estas cuotas de ingreso se forma el capital de reserva, que además anualmente se nutre con la mitad de los beneficios de la Sociedad, la otra mitad de éstos se reparte entre los socios inútiles ó familias de los fallecidos. La suma importancia de este capital de reserva quedará demostrada más adelante. Pero el verdadero capital social es viviente, lo constituyen todos los socios, que cuando ocurre un siniestro satisfacen una cuota de socorro, y la suma de todas éstas, adicionada con la parte correspondiente de los beneficios sociales, forman la cantidad que se entrega al socio inútil ó la familia en su caso. Como se ve, con este procedimiento la Sociedad está á cubierto de las contingencias que en el orden económico pueda experimentar el interés del capital, puesto que son los socios los que se obligan á satisfacer las referidas cuotas de socorro.

Se inauguró esta «Mutua» el 1.º de Julio de 1903 con 104 socios, y si no ha adquirido en su desenvolvimiento el vigor y expansión que nos prometíamos los que en su creación pusimos nuestras manos, fué ciertamente porque á poco surgió el proyecto del Montepío de los titulares, que tantos entusiasmos despertó en los primeros momentos y del que tantos beneficios debían esperarse, dado el carácter de nacional y obligatorio que se le impuso. Hasta los fundadores de nuestra Sociedad, comprendiendo el alcance é importancia del mismo, lo apoyamos directa ó indirectamente; pero no pudimos consentir de ningún modo que por tan fausto motivo como era la creación del organismo nacional, pereciese nuestra fundación, que tenía sólo carácter local, ya que nos había costado no pocos esfuerzos; tuvimos que vencer muchas dificultades y resistencias, dada nuestra apatía á toda obra que indique asociación, acción común. Y esta es la ocasión de felicitarnos por nuestra constancia, porque si nuestra «Mutua» nació antes que el Montepío, le ha sobrevivido y esperamos en su porvenir un gran desarrollo.

El siguiente cuadro dará una idea de la marcha que ha seguido la Sociedad de socorros desde su origen hasta la fecha.

Lista de los señores socios fallecidos ó impedidos y de las cantidades entregadas á sus herederos

Número de orden	AÑO	NOMBRES	Pesetas	Cénts.
1	1905	D. Miguel Orellano Iranzo, de Valencia.	1545	66
2	1904	» Elíseo Such Asensi, de Enguera.	1798	66
3	id.	» Juan Bautista Martí Alarcón, de Alginet.	1725	96
4	1905	» Fernando Martínez Gallent, de Valencia.	1887	87
5	1907	» Víctor Mancho Soriano, de Sagunto.	1871	87
6	id.	» Ricardo López Pérez, de id.	1841	87
7	id.	» José Blay Giner, de Burjasot.	1811	87
8	id.	» Heliodoro Montes Gil, de Requena.	1796	87
9	id.	» Arturo Ortigosa Matton, de Valencia.	1781	
10	id.	» Mauro Comín Guillén, de id.	1500 (1)	
11	1908	» Juan R. Escorihuela Gargallo, de Picasent.	1500	
12	1909	» José M. ^a Albiñana Tiestos, de Enguera.	1500	
13	1910	» Manuel Martínez Paredes, de Valencia.	1500	
14	id.	» Pascual Garín Salvador, de id.	1500	
15	id.	» Nicasio Benloch Yerbes, de id.	1500	
16	1912	» Vicente Cubells Calvo, de id.	1500	
TOTAL.			26559	65

Del estudio del cuadro anterior se sacan algunas deducciones importantes: 1.^a, que en la lista de los fallecidos abundan los jóvenes; 2.^a, que por ahora no resulta el 3 por 100 de óbitos calculados, pero teniendo en cuenta que los socios ingresaron en su mayoría en la media edad y en plena salud, es de esperar que más adelante aumente el número de defunciones y en la serie de años transcurridos alcance dicha proporción; y 3.^a, que el año 1907 fué crítico para la Sociedad, porque si no hubiera estado bien calculada, las seis defunciones que en el mismo acaecieron hubieran comprometido su existencia ó échola fracasar. Entonces se demostró plenamente la utilidad, ó mejor, la necesidad é importancia del capital de reserva. De no haber tenido en caja más de 10.000 pesetas, no se hubieran podido entregar inmediatamente, como de costumbre, 1.500 pesetas á cada una de las familias de los fallecidos; habrían tenido que esperar al cobro de las cuotas de socorro respectivas, y esto, que siempre cuesta algún tiempo y podría resultar gravoso para los socios, hubiera retrasado el pago de las referidas cantidades y producido mal efecto en los interesados. Mediante la existencia del capital de reserva, se socorrió inmediatamente á las familias, y luego con toda tranquilidad se fueron recaudando cuotas de socorro, sin que el conflicto llegara ni siquiera á plantearse.

V. CARSI.

(Se continuará.)

Hemos recibido el primer número de la *Revista Española de Electrología y Radiología Médicas* que se publica en Valencia bajo la dirección del reputado especialista Dr. C. Calatayud Costa.

Nos complace sobremanera la aparición de esta revista, la primera de su especialidad en España, porque está fundada y dirigida por el Dr. Calatayud, que es también Vicepresidente del Instituto Médico, á quien todos queremos en esta Corporación, y porque á juzgar por el texto que presenta, no sólo llenará dignamente el vacío que se propone en España, sino que será justamente apreciada en el extranjero.

Vaya nuestra enhorabuena al Dr. Calatayud, y aceptamos con gusto el cambio.

(1) Estas 1.500 pesetas y las siguientes han sido entregadas á cuenta de la cantidad que según el Reglamento les corresponde.