

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

### REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ

**J. DE AZÚA**  
Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.

**L. CARDENAL**  
Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.

**V. CORTEZO**  
Profesor del Instituto Alfonso XIII.

**L. ELIZAGARAY**  
Médico del Hospital General de Madrid.

**A. FERNÁNDEZ**  
Alumno de Medicina.

**M. GAYARRE**  
Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.

**A. GARCÍA TAPIA**  
Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.

**F. GONZÁLEZ AGUILAR**  
Director-Médico del Instituto Cervantes.

**J. GOYANES**  
Cirujano del Hospital General de Madrid.

**B. HERNÁNDEZ BRIZ**  
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

**T. HERNANDO**  
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

**F. LOPEZ PRIETO**  
Ex-Médico-Titular.

**J. MADINAVEITIA**  
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

**G. MARAÑÓN**  
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

**A. MEDINA**  
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.

**B. NAVARRO CÁNOVAS**  
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

**J. ORTIZ DE LA TORRE**  
Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

**S. PASCUAL Y RÍOS**  
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.

**A. PULIDO MARTÍN**  
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

**P. DEL RÍO HORTEGA**  
Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

**G. RODRÍGUEZ LAFORA**  
Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

**JOSÉ SANCHIS BANÚS**  
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.

**F. TELLO**  
Sub-Inspector General de Sanidad.

**L. URRUTIA**  
Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA. Académico de la Real de Medicina.

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

*Ciencia española.*—*Archivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.*—*Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.*—*Fomento de la enseñanza.*—*Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.*—*Edificios decorosos y suficientes.*—*Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.*—*Fomento, premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

SUMARIO: Sección científica: Consideraciones sobre un caso de disentería amebiana, por el Dr. Santiago Garrido.—Gibraltar: Apuntes para un estudio sanitario, por Victor M.<sup>a</sup> Cortezo.—Consideraciones históricas y críticas acerca de la catarata y de su tratamiento, por el profesor Márquez.—Algunos conceptos modernos sobre la potencia sexual, por el Dr. Angel Pulido Martín.—Bibliografía, por A. Fernández Martín.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—¿Qué debe ser la Universidad?, por C. M. Cortezo.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalio.—Sociedad Ginecológica Española, por Cospedal (hijo).—Sección oficial: Presidencia del Consejo de Ministros.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Consideraciones sobre un caso de disentería amebiana

POR EL

DOCTOR SANTIAGO CARRO

PROFESOR DE VIAS DIGESTIVAS DEL INSTITUTO RUBIO

—O—

A pesar de que la llamada disentería tropical se presenta también en países de clima benigno, siendo cada vez más frecuente su observación, puede decirse que su estudio no figura aún en las modernas patologías médicas ni en los tratados de enfermedades del aparato digestivo, o se hace mención tan escueta de esta enteropatía, que el clínico tiene que buscar noticias más amplias sobre su diagnóstico y terapéutica en las tesis y monografías a ella especialmente consagradas. Por eso reputamos dignos de publicación, por la enseñanza que pudieran encerrar, aquellos casos que presentan particularidades clínicas, como el que es objeto de estos comentarios.

Hace ya bastantes años que Dopfer demostró la existencia de casos de disentería amebiana en per-

sonas que no habían salido de Francia (1), presentando el mismo cuadro clínico que el de los países tropicales. Años más tarde, en junio de 1915, hizo análogas observaciones en las ciudades levantinas de España el doctor Fernández Martínez, comunicando algunos de esos casos a la Academia Médico Quirúrgica, al hacer un estudio terapéutico sobre las sales de emetina (2).

Sin embargo, aun siendo indudable que se presentan casos de disentería amebiana en nuestros países, es lo cierto que el mayor número de estos enfermos corresponde a personas procedentes de climas tropicales en que la afección tiene carácter endémico. El mismo hecho del poco contagio a que dan lugar, a pesar de la abstención en la práctica de las más elementales medidas profilácticas y de la íntima convivencia de los enfermos con personas de su familia, indica cuánta importancia tienen los factores climatológicos en la difusión del proceso.

Es interesante consignar que la mayoría de los autores que en los últimos tiempos han hecho publicaciones sobre disentería amebiana, dan al tratamiento por la emetina carácter de específico, hasta

(1) *Nouv. Pratique Médico-Chirurgicale*, tomo III, Massón, 1911.

(2) «Sobre la acción terapéutica de las sales solubles de emetina. Comunicación a la Academia Médico-Quirúrgica española.—21 de febrero de 1916.



el punto de afirmar que los enfermos tratados con esta medicación suelen curar radical y definitivamente a las pocas inyecciones. No deben ser tan brillantes los resultados cuando se siguen ensayando aún otras terapéuticas en enfermos diagnosticados por análisis de heces, en los que fracasa la emetina. Recientemente, el doctor Ollivier Tallandier publicó un trabajo sobre terapéutica, basada en aplicaciones rectales de novarsenovenzol, acompañado de cinco observaciones, acusando resultados a su juicio satisfactorios.

No negamos que en casos de disentería amebiana reciente pueda la emetina producir curaciones rapidísimas; pero esto no es lo frecuente en los procesos crónicos, en que se presentan lesiones inflamatorias de colon, determinantes de procesos ulcerosos, flegmáticos e infectivos, que adquieren caracteres de gran resistencia al tratamiento, aunque la emetina logre la desaparición de las amebas que han sido causantes de tan graves trastornos. Por eso, puede ocurrir que en las heces no encontremos ya amebas del tipo *hystolitica* a las pocas inyecciones de emetina; y, sin embargo, el cuadro clínico persista igual o la mejoría no sea muy acentuada, exigiendo terapéuticas complementarias.

La seguridad del diagnóstico, en casos de disentería amebiana, no puede obtenerse sin las pruebas de laboratorio, y aún hay casos en que no aclaran la etiología. Strong y Murgrave han demostrado que pueden no encontrarse amebas en las heces del paciente, y encontrarse en la autopsia en las lesiones ulcerativas de intestino. Pero estos casos son los menos y, por otra parte, la prueba biológica de inyección rectal de las heces sospechosas al gato, dando lugar al cuadro clínico típico de la disentería, ayuda mucho a establecer el diagnóstico.

La historia clínica de nuestro enfermo es como sigue:

G. V., de sesenta y ocho años, viudo, natural de Palencia, residió durante los últimos veinte años en la Isla de Santo Domingo. Su ocupación era el comercio.

De talla baja, aspecto desnutrido, su peso actual es de cuarenta y seis kilos, en descenso de diez y seis durante el año último.

Sin datos hereditarios, ni antecedentes familiares de interés.

Fué siempre persona de vida ordenada, que ha llevado alimentación sana y no ha abusado del vino. Muy fumador.

Las enfermedades que ha padecido anteriormente han sido una pulmonía, de la que curó bien, y varios ataques de paludismo, de los que no ha tenido manifestaciones durante los últimos años.

Su enfermedad actual data próximamente de un año, aunque en el transcurso de bastantes años tuvo ya temporadas de diarrea, que cedieron fácilmente, quedando en tres deposiciones diarias, que él consideraba como normales. Empezó por unas cin-

co deposiciones diárricas, con ligero tenesmo, y el número fué aumentando hasta diez, quince o veinte deposiciones, manteniéndose en este estado, con algunas remisiones, durante todo este tiempo, hasta que embarcó para España en julio último. Las deposiciones eran líquidas, escasas, formadas frecuentemente por moco y sangre; su mayor número correspondía siempre a la noche. El tenesmo era muy intenso; progresivamente se acentuaron la inapetencia, desnutrición y pérdida de fuerzas.

Desembarcó en España a mediados de agosto, desde cuya fecha, hasta hace poco más de un mes, que vino a consultarnos, residió en un pueblo de la provincia de Palencia. Allí fué tratado por preparados de bismuto, dieta láctea, etc., fracasando la terapéutica farmacológica y dietética y continuando el mismo cuadro patológico que hemos descrito.

La exploración del enfermo sólo acusa de particular una ligera hipertrofia de hígado, la cual, por la falta de fiebre y de otros síntomas, nos hace descartar la sospecha de absceso hepático y relacionarla con su antiguo paludismo. No se aprecia bazo. La orina acusa pigmentos biliares y urobilina, síntoma de insuficiencia hepática.

El análisis de heces, practicado sobre heces recientes, fué realizado por el doctor Rodríguez Illera. Las preparaciones en fresco de los copos de moco acusaron numerosas amebas, siendo negativas, en cuanto a la existencia de bacilos disentericos, las siembras en agar Drigalski.

Confirmado el diagnóstico clínico de «disentería amebiana», procedimos al tratamiento, a base de inyecciones hipodérmicas de hemometina, en la siguiente forma:

1.<sup>a</sup> Inyección de 0 gramos 04 de emetina. El número de deposiciones bajó de 12 a 15, a 6, disminuyendo el tenesmo.

2.<sup>a</sup> Inyección de 2 ampollas de hemometina, o sean 0 gramos 08 de emetina, 4 deposiciones.

3.<sup>a</sup> Idem 0 gramos 04, 6 deposiciones.

4.<sup>a</sup> Idem 0 » 08, 5 »

5.<sup>a</sup> Idem 0 » 04, 6 »

6.<sup>a</sup> Idem 0 » 08, 9 »

7.<sup>a</sup> Dos ampollas de ipeca total Dausse, o sean 0 gramos 20 de ipeca, 7 deposiciones.

8.<sup>a</sup> Dos ampollas de ipeca y 40 gotas de salicarenno, 4 deposiciones.

9.<sup>a</sup> Dos ampollas de hemometina (0 gramos 08 de emetina) y 50 gotas de salicarenno. Una semana de descanso, durante la cual, sin otro tratamiento que 40 a 50 gotas de salicarenno un día sí y otro no y un elixir digestivo, se mantuvo en 4 a 5 deposiciones en las veinticuatro horas. Desaparecieron el tenesmo, moco y sangre; el estado general es el mismo.

Después de los ocho días de descanso, se pusieron en días alternos tres inyecciones más de 0 gramos 08 de emetina cada una, suspendiendo el tratamiento. En total, y en el transcurso de un mes, se admi-



nistraron 0 gramos 72 de emetina y cuatro ampollas de ipeca total Dausse de 0 gramos 10 de ipeca cada una.

No hemos creído conveniente por ahora administrar mayor cantidad de emetina, pues Guglielmetti demostró los peligros que puede envolver, por dosis acumulativa, la cantidad de un gramo, aun inyectada en el transcurso de tres semanas. Y hemos preferido quedarnos por debajo de esa dosis, no sólo por estos motivos, sino por los que luego apuntaremos.

Como el enfermo presentaba síntomas claros de insuficiencia digestiva, le hemos prescrito una preparación clorhidropéptica. Y como coadyuvante para el síndrome disentérico algunas gotas diarias de salicarenos.

Le dimos de alta el 19 de noviembre actual en el estado siguiente:

Estado general, algo mejor que antes del tratamiento, con ligero aumento de peso. Bastante apetito.

No tiene más que unas cuatro deposiciones en las veinticuatro horas, sin tenesmo. Las deposiciones ya no son líquidas, sino pastosas, correspondiendo una al día y las restantes de noche. Poco moco. No hay sangre.

El análisis no acusa amebas. Microscópicamente, abundantes masas de moco. Reacciones de sangre positivas. No hay déficit digestivo.

Instituímos un tratamiento a base de un gramo diario de tanígeno y, alternado, una poción de ácido clorhídrico y ácido tánico, con las tabletas de takadiastasa con pepsina y pancreatina. Una vez al mes debe inyectarse tres ampollas de hemometina. Cusi de 0 gramos 04 por ampolla.

Régimen de colitis. Reposo. Calor al vientre.

El enfermo se ausenta para Alicante, donde pasará el invierno, pues nota mucho el cambio de clima, y observó que los días fríos tiene tendencia a mayor número de deposiciones.

La historia de este enfermo corresponde a uno de los numerosos casos de disentería amebiana crónica, probablemente de bastantes años de fecha, aunque su exacerbación y agravación corresponden a los últimos diez meses. Un proceso intestinal tan antiguo e intenso se comprende que dé lugar a complicaciones secundarias, rebeldes a la terapéutica, principalmente a colitis y pericolicitis, abscesos, ulceraciones, etc., que no se curan, por el hecho de la desaparición de las amebas, y mucho menos cuando se trata de organismos debilitados por enfermedad de largos años, o por la senectud. Una terapéutica complementaria es indispensable para tales complicaciones, no debiendo desdeñar ninguna medicación coadyuvante o auxiliar de la específica por la emetina.

Es necesario, a la vista de tales casos, ser prudentes en el pronóstico, muy particularmente en personas viejas o en organismos afectados de desnutri-

ción tal, que han llegado a un estado de verdadera caquexia, pues cualquier enfermedad intercurrente, muchas veces la tuberculosis, puede ser causa de terminación fatal. Y esto, aun logrando con la terapéutica específica la desaparición total del agente causal de la enfermedad.

Estamos en el deber, más que de divulgar los procesos de tratamiento rápido y brillante, aquellos que son rebeldes o de difícil curación. Y entre ellos, por las lesiones que determina en el intestino y por su gran repercusión sobre el estado general, estamos seguros de que figuran muchos casos de disentería crónica de causa amebiana.

Diciembre, 1920.

## GIBRALTAR <sup>(1)</sup>

### Apuntes para un estudio sanitario

POR

VICTOR M.<sup>a</sup> CORTEZO

(Fotografías y dibujos de V. Serrano).

— o —

El pequeño bagaje sanitario, adquirido en once años, durante los cuales vengo, más o menos directamente, inmiscuyéndome en los asuntos que a la Sanidad pública se refieren, me consiente justipreciar, antes que el lector me advierta, el valor de los datos apuntados, y su escasa novedad, que seguramente, no ha de ser mayor en los que continúen surgiendo en el curso de este trabajo. Efectivamente, las disposiciones y ordenanzas de carácter higiénico y sanitario, adoptadas por las autoridades inglesas en Gibraltar, constituyen, quizás, un grano de arena, si se las compara con la espléndida legislación, y con la prodigalidad de disposiciones oficiales que en determinados países ponen claramente de manifiesto la impotencia del buen deseo, ante la mala organización.

Pues bien, a pesar de esto, y de conocer un buen número de capitales europeas, he obtenido, durante mi corta estancia en Gibraltar, una impresión de positiva enseñanza, y para mí de indiscutible novedad. Y es ésta, el acatamiento y respeto hacia las disposiciones de carácter sanitario, la docilidad en su cumplimiento, la espontánea prestación ciudadana, aportando al éxito cuanto puede, en una palabra, un cúmulo de manifestaciones de la consciencia de un pueblo, que sabe, y quiere conservar su bienestar; y no es preciso ahondar mucho para en-

(1) Véase el número anterior.



contrar el origen de esta modalidad educativa, es la natural consecuencia de la autoridad que a las disposiciones acompaña, hija a su vez, de la penalidad impuesta a sus infractores, y de la reglamentaria inflexibilidad con que ésta se cumple.

Esta es, la «mot de la fin», y va siendo hora de convencerse de que en los países donde la Sanidad pública no represente autoridad, no pueda hacer efectivas las penalidades de orden económico, ó personal que imponga, no «infunda temor», en una palabra; esta Sanidad y sus prácticas, serán una farsa amparada por gobernantes, exclusivamente políticos, para la mayoría de los cuales resulta una inagotable fuente de ingeniosidades de dudoso gusto, cuando no, *trampolín*, de medros y conveniencias.

En estos países, que por fortuna son ya muy pocos, y cuyas debilidades, según la orientación moderna, han de ser fortalecidas y orientadas por voluntades extrañas, la Sanidad es la *cenicienta* de la administración pública, y los que en ella han pretendido especializarse, los parias de las profesiones médicas.

\* \* \*

Hace tiempo, veníamos fomentando la idea, de que Gibraltar debía de estar sujeto a una especial organización sanitaria, y la sustentábamos, en la posición geográfica de la plaza, en la inhospitalidad del terreno, y en el papel de centinela avanzado, que representa, en la ruta, que la navegación inglesa ha de seguir, en su complejo tráfico, sobre todo, en cuanto a Malta y la India se refiere.

Nos parecía lógico suponer, conociendo éstos datos, y el carácter previsor del pueblo inglés, que el gobierno británico, no había de dejar llegar a la metropoli, las procedencias de estos puntos sin una previa observación, sin aplicarlas una práctica debida, o sin someterlas a un adecuado trato sanitario; mucho más, conociendo el puerto de Londres, donde estos asuntos, muy bien atendidos, no constituyen, sin embargo, ningún arco de iglesia.

Nuestro legítimo y desinteresado afán de documentación, debió, suficientemente, transcender, cuando dió lugar a la excepcional y galante invitación que a continuación publicamos, ya que de otro modo no podemos testimoniar nuestra gratitud; traducida, dice así: Secretaría Colonial, Gibraltar.

Este Gobierno celebrará poder hacer cuanto esté de su parte, para facilitar los estudios del doctor D. Víctor Cortezo, jefe del Parque Central

de Sanidad, en el caso en que decidiese visitar Gibraltar. El procedimiento, aquí empleado, para sulfurar los barcos, es el de Claytón, practicado por un poderoso aparato de ese sistema, bajo la inspección del arsenal de S. M. B.

Las autoridades navales, me informan, que tendrán una verdadera satisfacción, en dar toda clase de facilidades, a fin de que el doctor Cortezo, pueda presenciar las prácticas del procedimiento, en cualquier fecha que a dicho señor conviniera.

El «Thistle», barco de S. M. B. debe de ser comenzado a sulfurar, el 14 de noviembre; si el doctor Cortezo, se hallara en Gibraltar para dicha fecha, podría presenciar el proceso, desde su comienzo. Y si esta fecha no le conviniera, se organizaría una prueba demostrativa, en cualquier tiempo, siempre que previamente nos avisase. Firmado: C. W. J. Orr, secretario colonial. 2 de noviembre de 1920. El documento va dirigido a nuestro cónsul general, Sr. Saez de Tejada.

Con una puntualidad, que envidiaría cualquier inglés, nos personamos en Gibraltar, el día 14, temprano, encontrándonos con un domingo, castizamente británico, y sin poder hacer nada, pues las operaciones se habían aplazado hasta el día siguiente. Y sin embargo, no perdimos el tiempo, pues habiéndonos privado de las cámaras fotográficas de que íbamos provistos, puesto que a mi compañero el Sr. Serrano Lafuente, virtuoso de la fotografía, deben los lectores la parte gráfica, que es seguramente lo más interesante de esta abigarrada información; nos fueron devueltas con un expresivo permiso, que dice literalmente: Doctor Víctor M.<sup>a</sup> Cortezo, and Victorino Serrano, has permission, to introduce in Gibraltar, a cámara each—firmado: Cochrane—Chief of Police y sellado «police-office» received, 14 de noviembre de 1920.

Todos estos detalles, de tan escaso interés para el lector, los publico como justificación de mi sentimiento, porque una tan hidalga, como desinteresada hospitalidad, no haya sido aprovechada, por persona de más clara inteligencia, de más sólida documentación, o siquiera de mayor categoría. En fin, estas cualidades pueden suplirse en parte, con una buena voluntad, y prueba de ello es, que de las quince horas útiles que hemos permanecido en Gibraltar, van surgiendo, mejor o peor hilvanadas, las impresiones que inspiran este trabajo.

\* \* \*

El trato sanitario, prestado a la mayoría de los barcos, suele reducirse a la realización de



una función inspectora y, quizás, fuese más ajustado decir a una recepción confidencial.

El servicio está combinado con el del práctico del puerto, y, por consiguiente, se verifica en aguas exteriores; el capitán del barco, «baja» a la falúa de la Sanidad y da exacta y veraz cuenta de lo que a bordo ocurre; de no hacerlo así, sabe que se expone, aparte de indemnizaciones de importancia, a una corrección personal (1).

No sería posible obrar de otro modo, dadas las especiales condiciones, y el enorme movimiento del puerto, pues en una hora en que acompañamos al personal en este servicio, dimos entrada a tres barcos de gran tonelaje: uno italiano, otro inglés y un crucero norte-americano, cuya entrada nos impresionó grandemente, con la solemnidad de un ceremonial que desconocíamos, y del cual no considero oportuno hablar en esta ocasión.

Lo verdaderamente interesante, para nosotros, lo relativo a la sulfuración de barcos de alto bordo, lo presenciamos en el arsenal, donde, además del doctor Abrines, a quien ya me he referido, fuimos acompañados e ilustrados por un distinguido oficial de la Marina Real Inglesa, el capitán Palmer, D. Ramsay, al cual aprovechamos la ocasión de enviar un afectuoso y cordial saludo.

Después de visitar minuciosamente el arsenal, con guía tan inteligente como práctica, presenciábamos la sulfuración del «Thistle», objeto principal de nuestro viaje, y de mis impresiones personales, trataré de dar cuenta procurando

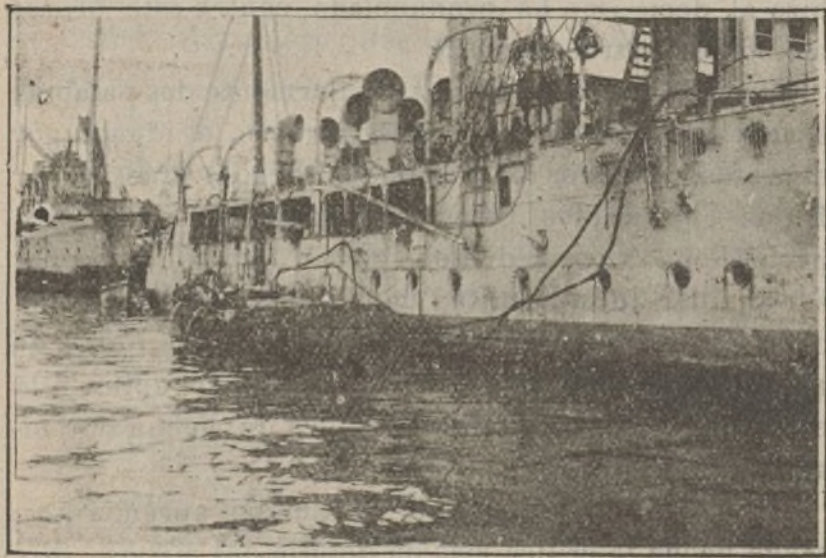


Fig. 7.—Gibraltar. Sulfuración del «Thistle».

salvar el cúmulo de dificultades que me impo-

(1) Por los días en que nosotros estudiábamos este asunto, se hablaba de un vapor, cuya nacionalidad no hace al caso, que pretendió ocultar la existencia de un cadáver a bordo (por enfermedad común) y cuyo capitán fué preso, sin perjuicio de seguir el trámite de una considerable indemnización.

nen, por un lado, el exceso de discreción, y, por otro, el defecto de expresión (fig. 7).

De los procedimientos de desratización, conocidos hasta el día, los ingleses manifiestan una franca preferencia por la sulfuración, y dentro de esta, sin que nos lo expliquemos tan claramente, a la obtenida por combustión directa del azufre.

Buenos prácticos, miran con prevención el desacreditado óxido de carbono, y guardan justificadas reservas ante las aplicaciones del ácido cianhídrico, tan alabadas, hoy, por el «rapportage» más o menos tijereteado, de revistas propias y ajenas, y tan fácilmente aceptado, en teoría, por sanitarios de gabinete.

Respecto a la sulfuración, la realizan concienzudamente, bien sea por combustión directa del azufre, en ambiente libre (local), procedimiento que suelen emplear en el tratamiento de los barcos «a plan barrido» y para el cual utilizan recipientes sencillísimos (fig. 8), donde en el depósi-

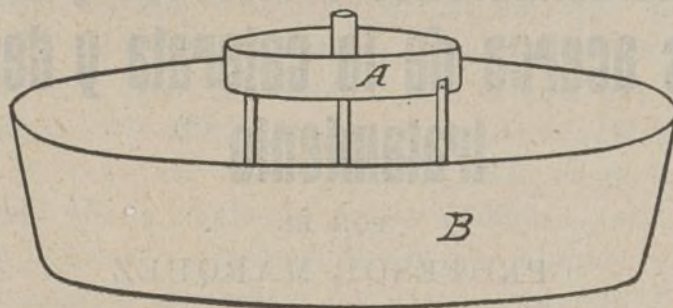


Fig. 8.—Gibraltar. Recipiente para combustión del azufre.

to (A) arde el azufre, cuya combustión se inicia con alcohol, y con el (B) repleto de agua se evitan los peligros de incendio; o bien en hornos, *ad hoc*, entre los cuales prefieren, muy justificadamente, los aparatos Clayton.

Del abandono en que tienen al anhídrido sulfuroso líquido, no somos quiénes para juzgar, pero sí para manifestar nuestra extrañeza, tratándose de un país que lo utiliza en otros menesteres sanitarios, con lo cual nos demuestra que tiene facilidades para obtenerlo, o por lo menos, para tenerlo; pues tanto recientemente en Gibraltar, como en Londres el año pasado, no hemos visto utilizar otros procedimientos de sulfuración que los mencionados: combustión directa del azufre en los depositivos a que nos hemos referido, o la aplicación del aparato Clayton.

Aceptan, con nosotros, la fundamentada afirmación de Rosentielh, según la cual, la producción del gas sulfuroso ( $SO_2$ ) tiene lugar cuando los productos de la combustión pueden alejarse rápidamente del foco. En esto se basan, los aparatos Clayton, Vasaco, Metzger..., y cuantos



se han construido sobre los fundamentos, y aun sobre las características del Clayton.

En efecto, cuando la combustión se verifica en hornos limitados, donde la temperatura provocada por la combustión puede elevarse en la forma que en los aparatos mencionados, se produce una segunda reacción, y una parte del ácido sulfuroso pasa a convertirse en anhídrido sulfúrico ( $\text{SO}_2 + \text{O} = \text{SO}_3$ ).

Ahora bien, la cantidad de este anhídrido, siempre muy pequeña, es constante mientras lo es la temperatura, y está sometida a las oscilaciones de ésta; puesto que la reacción, a que me vengo refiriendo, está limitada por otra reacción inversa; el calor descompone el anhídrido sulfúrico ( $\text{SO}_3 = \text{SO}_2 + \text{O}$ ).

(Se continuará.)

## Consideraciones históricas y críticas acerca de la catarata y de su tratamiento (\*)

POR EL  
PROFESOR MÁRQUEZ

He transcrito lo anterior, sin idea de ensañarme con un procedimiento en absoluto rechazado, tan sólo para que se vea hasta donde conducen los apriorismos, las ideas preconcebidas y el abuso de las comparaciones con la cirugía general de la cirugía ocular tan especial y distinta de las otras.

Pues aún hay más y es que, aunque parezca mentira, y según hacen notar Czermak y Elschning (1) le ha disputado «la gloria» de la prioridad del mismo Tavignot, sin saber ninguno de los dos que ya mucho antes el famoso fray Cosme le había practicado poco después del invento de Daviel y que éste había irónicamente hablado de la «operación cómica». Y todavía añaden los autores: «Küchler condujo el corte en el meridiano horizontal de la córnea. Él lo llamaba extracción transversal. Las desventajas de este corte con sus consecuencias próximas y remotas son tan evidentes (*sind so in die Augen springend*), que aparece incomprendible que este procedimiento haya encontrado en Francia cierta acogida.» Lo que no deja de ser gracioso—añadimos nosotros—es que se aprovechen los autores para criticar a Francia por una invención hecha en Alemania, circunstancia esta última sobre la cual no insisten, por supuesto.

e) ¿Operación con o sin iridectomia? ¿Con o sin

(\*) Véase el número anterior.

(1) *Augenärztlichen Operationen* 1908, tomo II, pág. 325.

*quistitomia o sea: extracción sin la cápsula o in toto?* Reúno estas dos cuestiones al parecer diversas por serles aplicable un mismo criterio de buen sentido operatorio y es, como ya he dicho varias veces, el siguiente: «Se debe extirpar todo lo necesario; pero absolutamente *nada más* que lo necesario» (1).

Las estadísticas dan, aproximadamente, un 4 por 100 de hernias de iris que es el principal inconveniente de la extracción simple o sea sin iridectomia, y un 10 a un 20 por 100 de cataratas secundarias, el escollo también mayor de la extracción que pudiéramos también llamar simple o sea del cristalino nada más, dejando la cápsula. Y ante tales resultados ¿hay derecho a reseca el iris al 96 por 100 restante y a extraer la cápsula al 90 o al 80 por 100 restante también?

Es por esto por lo que no insisto sobre lo que ya se ha discutido tantas veces y por mí mismo tratado, de por que, *en general*, prefiero la extracción simple, sin perjuicio de hacer bastantes veces la iridectomia cuando realmente está indicada. Y es por esto también por lo que soy partidario de la extracción con quistitomia, ya que la cápsula *muchas veces*, el mayor número afortunadamente no se opacifica, y, cuando lo hace, una segunda intervención fácil e inofensiva (salvo en casos excepcionales) libra al sujeto de la catarata secundaria, cuando esta es capsular, que no lo es siempre, pues no podemos apenas nada contra ella en los casos en que sea consecutiva a procesos inflamatorios, lo cual *puede ocurrir lo mismo en la extracción con quistitomia que en la extracción total* y algún caso de esto último conocemos, operado por el más entusiasta preconizador, del más flamante de los procedimientos de extracción *in toto*.

Digamos, ante todo, que estos son muy diversos y que a todos ellos les es aplicable la crítica fundamental que un operador tan autorizado como de Wecker hizo al decir «me he pronunciado contra este *brutal* método de extracción» (2).

Digamos ahora ya más particularmente dos palabras acerca del procedimiento antes aludido, el ideado por el profesor Stoeber (3), puesto también en práctica por Hulen (4) (de los Estados Unidos); y, finalmente, perfeccionado por el doctor Ignacio Barraquer, profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Barcelona, consistente en el empleo de una ventosa en forma de cucharilla, para hacer el vacío, la cual se aplica a la cara anterior del cristalino después de hecha la incisión corneal.

Muy brevemente, porque el tiempo apremia y ya tengo hecha la crítica más en detalle del mismo, diré de él en resumen:

(1) MÁRQUEZ. *Los procedimientos ideales de extracción de la catarata*. Comunicación a la Real Academia Nacional de Medicina, 26 de mayo de 1917.

(2) *Cirugía ocular*, traducción española de EL SIGLO MEDICO 1879, página 82.

(3) XIX Congreso oftalmológico de Heidelberg, 1902 En el catálogo de la casa Luer se hace mención de un aparato de dicho profesor, para la extracción de la catarata por el vacío.

(4) Soc. oft. de Chicago, 1911.



1.º Que a pesar de los encomios excesivamente exagerados que de él hace su autor en folleto profusamente repartido a la clase médica (entre anuncios de específicos y panaceas) y de los que en la prensa no profesional se han permitido hacer críticos tan «competentes» como revisteros de salones..., etc. este procedimiento, ni es mejor, ni más fácil, ni más inocuo (son ya varios los casos de ojos perdidos que conocemos), ni evita siquiera el escollo principal que pretende evitar, o sea las cataratas secundarias en todos los casos, ni la pérdida de vítreo, ni el astigmatismo postoperatorio ni tantas otras cosas, en fin, que el autor gratuitamente asegura sin pruebas, y

2.º Que del mismo modo que los restantes procedimientos de extracción total, como ocurrió con los de Daviel, Lafaye, Tenon, Pellier (1) entre los franceses del siglo XVIII, los de Laso, Benjumeda, del Toro (2); entre los españoles del XIX, los de Pagenstecher y otros, en el último tercio del mismo siglo y el del mayor Smith en la India, a comienzos de éste, llegando, en fin, a los de Hulen y Stoeve, de los cuales es una variante, el de Barraquer (hijo) seguirá el mismo camino, es decir, el del entusiasmo del momento primero, pasando después a la historia y quedando a lo sumo como excepcional y para un número de casos muy limitados, pudiendo aún en éstos prescindirse de él, haciendo, si es preciso después, una sencilla intervención, como ya se ha dicho. Y nada más, porque en verdad, no merece más este ruidoso procedimiento, que a Rochon-Duvigneaud (3) tan ecuaníme y sensato siempre ha merecido la calificación de «arrancamiento» del cristalino «que no traspasará los Pirineos»; y pasemos a otro punto que tiene, en cambio, a juicio nuestro, mucha más importancia que es el referente a

f) *La sutura de la córnea en la operación de la catarata.*—Preferible, en efecto es, a perfeccionar alguno de los tiempos de la extracción, que no necesitan perfeccionamientos, realizar bien uno que no se cumple de ordinario y es la *coaptación de los labios de la herida operatoria*. Esta se deja abierta y expuesta a todas las contingencias (infección, hernia del iris) postoperatorias; además, si durante la operación ocurre la salida del vítreo, no nos queda más recurso que cubrir apresuradamente con el párpado... y tapar. Si se ha hecho *previamente* la sutura, por el contrario, no hay más que apretar el hilo y el vítreo cesa en el acto de salir, como lo hemos demostrado algunas veces en los enfermos a los asistentes a nuestras operaciones en el Instituto Oftálmico.

La sutura propuesta por William, pero no como previa, sino como consecutiva (4), ha sido realmente introducida por Suárez de Mendoza (5) y después por

(1) Antes citados.

(2) DEL TORO. Tratado teórico práctico de enfermedades de los ojos, tomo II, Cadiz 1879, páginas 122 y 137.

(3) *La Clinique Ophthalmologique*, Juillet 1919. *L'extraction chirurgicale de la cataracte et l'arrachement du cristallin*.

(4) *Cong. Int. d'Opht.* Londres, 1872. *Compt. rend.* pág. 194 y antes 1867, según Suárez de Mendoza, en (2)...

(5) *La sut. de la corn. en la oper. de la cat.* (XIII Congr. franc. de Cirugía, 1900.)

Kalt, Liegard..., etc. (1). La técnica de este último es la preferible y la que empleo y no me canso de recomendar a mis colegas, hasta ahora indecisos.

La sutura de la córnea gana cada vez más terreno en todas partes, y yo tengo la seguridad de que muy pronto acabará por generalizarse. Con ella he logrado yo salvar bastantes ojos que seguramente se hubieran perdido. Verdad es que no sólo he practicado la sutura, sino que, además, he puesto en práctica, a la vez, las inyecciones intravenosas de cianuro de Hg y, en muchos casos, también la autovacunoterapia, *pudiendo asegurar que haciendo esto se salvan la inmensa mayoría de los ojos que hasta hace poco estaban destinados a perderse*, como ocurre todavía a los que se limitan a operar curando tan solo localmente los procesos crónicos conjuntivales, pero prescindiendo de la antisepsia general o de los procedimientos de inmunización y de la sutura corneal.

g) En fin, y para no alargar demasiado esta ya larga conferencia. Hemos hablado, sobre todo, del *pasado* y algo del *presente*; mas ¿cuál es el *porvenir* en el *tratamiento de la catarata*? Sin entrar aquí en detalles acerca de este asunto importantísimo que merecería por sí solo una conferencia, y del que en otros sitios trato (2), diré, en resumen, que, si bien hoy el tratamiento de la afección es eminentemente quirúrgico, en el porvenir ha de ser médico; pero no el ineficaz y hasta ahora empleado de los yódicos..., etc. o el de los colirios midrásicos, con el que algunos vividores explotan la ignorancia del vulgo, tratando (1) la catarata «sin operación», sino el más científico, basado en las nuevas concepciones acerca de la Inmunoterapia y que no tengo tiempo de esbozar aquí siquiera. Digamos tan solo que los trabajos de Römer, Uhlenhut, Krussius, von Szily y otros (3) y hasta los modestos míos, hacen esperar que en un porvenir tal vez no muy remoto pueda ser tratada la catarata con sueros o con algún otro procedimiento inmuniterápico.

\* \* \*

Ha llegado el momento de poner término a esta ya fatigosa disertación. Mas voy todavía a permitirme citar tan sólo dos reflexiones ajenas seguidas de los correspondientes comentarios propios, a modo de conclusiones.

El espiritual maestro Landolt dice en uno de sus trabajos (4): «Con ocasión de uno de mis viajes por América, tuve ocasión de ver ejecutar a un colega una de las operaciones más delicadas de nuestra es-

(1) *Ann. d'Oculistique*, Fév. 1913. *Une modification au procédé de la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte*.

(2) Márquez, Colomo y Soria. *Avances para el tratamiento médico de la catarata*. Primer Congreso Nacional de Medicina. Madrid, 1919.

Márquez y Muñoz Rivero. *Terapéutica gral.* Capítulo «Medicaciones oculares».

(3) Una exposición muy completa de todos ellos puede verse en el excelente trabajo del Prof. Schieck (de Halle) *Die Immunitätsforschung im Dienste der Angenhellkunde*. Wiesbaden, 1914.

(4) *Quelques remarques sur les instruments courants en chirurgie oculaire*. (*Arch. d'Opht.* 1909, pág. 257-283).



pecialidad, sin separador, por medio solamente de un cuchillo. Nuestro amigo K... le hizo este cumplimiento: «Admiro la habilidad con que vence las dificultades que usted mismo se crea.»

Efectivamente, se idean a menudo procedimientos nuevos, con los cuales se complican inútilmente las operaciones más sencillas, tan sólo por el afán de la originalidad, de la notoriedad o del reclamo. El gran operador de Wecker decía hace más de cuarenta años en su cirugía ocular (1) «... apenas habían transcurrido treinta años desde los notables trabajos de Daviel y ya se disponía de 19 métodos de operación que mi antecesor de hace un siglo, Pellier de Quengsy, en un caso análogo a éste, describió ilustrándolos con numerosas láminas. A los que encuentran un atractivo en la investigación de los descubrimientos y métodos auténticos debo aconsejarles que consulten en primer lugar este libro, a fin de ponerlos en guardia contra el peligro de *redescubrir*, etc.»

Está bien que nos atengamos a nuestros propios procedimientos y opiniones, pero no desdeñemos los esfuerzos ajenos, para lo cual, lejos de imitar la conducta de los que no leen y hasta de ello se jactan, hajeemos de cuando en cuando los libros antiguos y no caeremos en el ridículo de descubrir mediterráneos por olvidar lo del *multa renascentur*...

Perdonadme si abusé demasiado de vuestra benevolencia.

He terminado.

## Algunos conceptos modernos sobre la potencia sexual (\*)

POR EL

DOCTOR ANGEL PULIDO MARTIN

Del hospital de San Juan de Dios

En este tratamiento tópico se debe buscar la explicación de los triunfos obtenidos por Lallemaud, y aunque hoy nadie emplearía su procedimiento ciego de cauterización llevando la barra de nitrato del plata con una sonda especial hasta la uretra posterior, la endoscopia y sobre todo la endoscopia directa nos permite curar enfermos destinados a eternizarse a pesar de cuantas inyecciones de productos orgánicos o inorgánicos se emplearan en ellos, a pesar de todos los psico-análisis que podrán extraer de la subconsciencia el clavo de una idea, pero no son capaces de abrir un quiste del verumontanum ni de hacer desaparecer un polipo en las proximidades del utrículo masculino.

Reconocida la necesidad del examen completo de cada caso de impotencia, debemos dedicar toda nues-

tra atención a su uretra posterior, al verumontanum, a las vesículas seminales y a los vasos deferentes, de patología tan variada y tan relacionada en estos órganos. La aplicación de un método de endoscopia directa utilizando el tubo de Luys y añadiéndole el embudito que he imaginado y la iluminación con fotoforo frontal facilita estos exámenes que pone al alcance de todo médico que quiera dedicar a su aprendizaje unos momentos. En los numerosísimos enfermos que desfilan por mi consulta del hospital de San Juan de Dios, ha sido raro el que aquejaba trastornos en su potencia que no tuviera lesiones en la uretra posterior y sus anejos y todos ellos han beneficiado del tratamiento tópico. La uretroscopia directa hecha por el método que yo he vulgarizado, facilita el empleo de las terapéuticas locales más variadas. Desaparecido el peligro de método ciego de Lallemaur, quedan en pie sus enseñanzas que son muchas.

Esto no quiere decir que todo impotente deba ser tratado por la aplicación al verumontanum de cáusticos o cualquier otra medicación; quiere, sí, decir que no debemos pasar a métodos generales sin haber descartado por un examen directo la posibilidad de una lesión orgánica en la uretra posterior. Posibilidad que se da, no sólo cuando el individuo ha padecido una uretritis—¡y cuántos son los que la han sufrido!—, sino también cuando la uretra posterior, enferma por otras razones, como demuestra la existencia del verumontanum de los onanistas, las alteraciones de las funciones sexuales dependientes de la hipertrofia de la próstata, etc., etc.

Así como querer tratar un caso de impotencia sin el examen urinario perfecto acusa una pereza mental incompatible con una práctica seria de la especialidad, el hacer a un enfermo cauterizaciones del verumontanum, amasamientos de la próstata, etc., etc., cuando están sanas estas partes y la causa de la disminución de su libido radica en fermentaciones intestinales, en una diabetes o en una idea que se le ha metido entre el cuero y las meninges, demostraría una falta de conciencia tal, que no puedo suponer en ningún médico.

Aquí, como siempre, habrá que repetir la frase de Letamendi: «La especialidad es la aplicación de toda la medicina a una de sus ramas.» El especialista que trate la impotencia llevando la punta del galvano al caput gallinaginis debe ser también el que tranquilice la mente del enfermo y dominará todos los recursos de la psicoterapia, como ha tenido que adiestrarse en las más difíciles maniobras quirúrgicas.

Dice con razón Vecki—todo caso debe ser abordado con simpatía—: «El médico que no ame a su enfermo y que no pueda producir a su paciente la sensación de que simpatiza con él no puede ganar su confianza... este médico fracasará en sus intentos psicoterápicos.» Hasta aquí Vecki. Y yo añado que también fracasará en los demás intentos, porque para tratar con éxito sus enfermos hay que saber amarlos, preocuparse por ellos, simpatizar con sus sufrimientos y aplicar a cada caso todos los recursos que la ciencia ofrece y que

(1) Edic. esp. de EL SIGLO MEDICO, 1879, pág. 21.

(\*) Véase el número anterior.



nosotros debemos conocer; por muy separados que parezcan del órgano cuya terapéutica nos está encomendada.

## BIBLIOGRAFIA

### Elementos de terapéutica general.

He aquí el título de un libro recientemente publicado por los doctores D. Manuel Márquez y D. Emilio Muñoz Rivero. Al hacer la bibliografía de ésta, la segunda edición, vamos a dividir el libro en dos partes: la primera, que es la repetición de la primera edición, ya conocida de nuestros lectores, a la que desde luego se han añadido varios capítulos nuevos, por ejemplo, el de la anafilaxia, y se han puesto al corriente todos los demás. No hemos de insistir sobre esta parte.

Pero si nos detendremos a examinar la segunda parte en que nosotros hemos dividido para su bibliografía el libro de los doctores Márquez y Muñoz Rivero. Se trata del capítulo que ellos denominan la «Yamatodinamia» general. ¿De qué trata este capítulo?

En primer lugar empiezan por advertir los autores la razón que les ha movido a elegir este nombre. En todos los libros de terapéutica existe un capítulo que se designa «Farmacodinamia», en el que se trata de explicar el mecanismo de acción de los medicamentos. Pero los autores del libro de que nos ocupamos creen que un Tratado de terapéutica general no se debe limitar a explicar el modo de obrar los fármacos, sino todos los remedios que se emplean para curar, no existiendo motivo para no comprender, por ejemplo, la terapéutica física, la crenoterapia, etc. En el capítulo de la «Yamatodinamia» se explica el mecanismo de la acción de los agentes terapéuticos, en tanto esta acción es conocida naturalmente. Se explica asimismo la suerte que corren en el organismo y las dosis convenientes de los más importantes medicamentos de cada grupo, así como la manera más conveniente de administrar los remedios que no son fármacos.

En nuestra opinión, si ya la primera parte mereció tan buena acogida por parte del público, que en breve plazo quedó agotada la edición y fué objeto de alabanzas, no sólo de los periódicos médicos españoles, sino también de los extranjeros, esta segunda parte es, por lo menos, de un interés tan grande como aquélla. Existen ciertamente excelentes Tratados de terapéutica, varios de ellos clásicos, en los que se detallan perfectamente la constitución química de los medicamentos, las reacciones que sirven para reconocerlos, las vías de absorción, eliminación, indicaciones, contraindicaciones; pero el que los lee no suele encontrar un capítulo que le deje completamente satisfecho. Es que falta una explicación del mecanismo de acción de los medicamentos y otros remedios, y a lo sumo se apoyan las aseveraciones hechas respecto de sus efectos en datos prolijos de observación en hombres y animales. Estos datos resultan fatigosos para la

memoria, pues no hay otro procedimiento para recordarlos. En cambio, un capítulo como el de la «Yamatodinamia» de la *Terapéutica general*, de los doctores Márquez y Muñoz-Rivero, satisface la curiosidad del que quiere enterarse del modo de obrar de los remedios que va a prescribir, al mismo tiempo que facilita extraordinariamente el aprendizaje y recuerdo de las propiedades y, por tanto, de los remedios de cada uno.

A. FERNANDEZ MARTIN

## Periódicos médicos

### CIRUGÍA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Operación cesárea abdominal por hemorragia retroplacentaria.**—El doctor Horacio Platero expone el siguiente interesante caso clínico:

La señora M. M. de G., española, de veintitrés años de edad, primigesta, ingresa a la segunda Clínica Obstétrica el día 29 de mayo de 1919, a las 7 y 30 a. m., porque la partera que la asiste desde que se inició el trabajo del parto, hace treinta y seis horas, comprueba que después de la ruptura espontánea de las membranas, la enferma pierde a cada contracción líquido sanguinolento y sangre en variable abundancia.

Con estos datos me dispongo a examinar a la enferma para tratar de diagnosticar la causa de esa hemorragia persistente y anormal.

Llama la atención desde el primer momento la altura del útero, que ocupa todo lo que el abdomen le deja libre, y que alcanza a 39 centímetros de la sínfisis pubiana; además, en los intervalos de las contracciones fuertes, el útero queda en contractura generalizada y la enferma manifiesta que ese estado le produce grandes dolores y molestias que no le permiten descansar, y que datan de unas cuatro o cinco horas atrás.

Por la palpación es difícil hacer diagnósticos de posición, por lo que resuelvo hacer un tacto para completar el examen; parece existir una zona renitente al nivel del fondo del útero y que se deprime con más facilidad que las regiones vecinas.

El tacto nos da nuevos datos de la marcha del trabajo de parto; cuello largo, en vías de dilatación, teniendo en ese momento, más o menos, cuatro centímetros de diámetro; cabeza alta, que al movilizarse deja salir cantidad abundante, casi un litro, de líquido amniótico teñido de sangre roja y con pequeños coágulos en suspensión, y ya viejos; no se toca placenta a través del orificio cervical y la salida del líquido hemorrágico no cambia mayormente el cuadro general que la enferma presenta, pues subsiste la contractura uterina y la altura anormal del útero.

Estado general de la enferma, bueno, a pesar de un tinte ligeramente anémico; pulso alrededor de 100, y temperatura 37° 1/5. Latidos fetales regulares y fuertes.



En esas condiciones resolví esperar hasta la hora de la clínica, para que fuera examinada por el profesor Turenne, pues el estado de la enferma permitía esperar y exigía a la vez un diagnóstico exacto, que yo me incliné desde el primer momento al de hemorragia retroplacentaria. Ordené 1 c. c. de morfina y vigilancia de los latidos fetales y del pulso materno.

Examinada a las diez horas por el profesor Turenne, confirmó en un todo lo anteriormente expuesto y resolvió dejar la intervención para cuatro horas después, siempre que no hubiera una indicación operatoria inmediata.

A las dos de la tarde la enferma es llevada a la mesa de operaciones, y previa anestesia de morfina, Kelene y éter, que no hace variar en nada el cuadro abdominal, es sometida a la intervención cesárea clásica que permite extraer un feto vivo, a término, que nace un poco asfixiado, pero que es reanimado casi de inmediato por los procedimientos comunes.

Pasaré por alto los primeros tiempos de la intervención demasiado conocidos para hacer de ellos una novedad, y solamente dejaré constancia de que al incidir el útero, la presencia de sangre roja y coágulos entre la placenta casi totalmente desprendida, y la pared uterina, no dejó lugar a dudas en cuanto a la confirmación del diagnóstico de presunción. Esta particularidad permitió extraer las membranas con más facilidad que en los casos que hay que hacer el desprendimiento paulatino o se cae sobre la placenta.

La enferma tuvo un puerperio normal, y a los veinte días fué dada de alta con su chico.—(*Revista Médica del Uruguay*, agosto de 1920).

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**2. Del tratamiento de las pericarditis purulentas. Incisión y drenaje por la vía xifoesternal, por M. Durand y P. Wertheimer.**—El mejor procedimiento de incisión y drenaje del pericardio será el que responda a esta triple indicación: 1.<sup>a</sup> Ser desde luego una intervención sencilla, es decir, rápida y no traumatizante, para lo cual las ligaduras serán lo menos numerosas posibles, y las lesiones óseas se reducirán al minimum. 2.<sup>a</sup> Descartar el riesgo de una abertura pleural, complicación grave que es preciso evitar. 3.<sup>a</sup> Realizar un drenaje perfecto, es decir, no solamente en el punto declive, sino también el del espacio retrocardíaco.

En un caso de hemopericardio infectado con estreptococos, los autores han ensayado llenar esta triple indicación, y la evolución feliz presentada por el enfermo parece justificar la técnica empleada, que fué la siguiente: La incisión cutánea comienza a la derecha y un poco por fuera de la articulación condroesternal del séptimo cartílago costal derecho; sigue horizontalmente hasta el punto homólogo del lado izquierdo, es decir, pasa por encima de la articulación esternoxifoidea, prolongándose oblicuamente hacia abajo y afuera unos cuatro a cinco centímetros, siguiendo el

séptimo cartílago costal izquierdo. Separando los labios de la parte oblicua de la incisión se desinserta fácilmente el músculo recto derecho del séptimo cartílago costal izquierdo, retrayéndose el músculo y dejando aparecer el borde libre de dicho cartílago.

La porción horizontal de la incisión, que llegará hasta el hueso, permite denudar el esternón unos tres o cuatro centímetros; después, el dedo mismo o un instrumento como se desliza por la cara profunda del séptimo cartílago, separando la lengüeta de inserción del diafragma, y luego se desnuda la cara posterior del apéndice xifoides; por último, por medio de una cizalla se separa el apéndice del cuerpo del esternón. Se resecan los tres últimos centímetros internos del séptimo cartílago izquierdo, lo cual agranda notablemente el campo operatorio, y además se resecan unos tres centímetros de la parte terminal inferior de la lámina esternal. Así se encuentra el cirujano en la parte interpleural inferior del mediastino anterior, en el triángulo inferior; no separándose de la línea media se evita el llegar a las pleuras, porque la existencia de dicho triángulo es constante. Con una compresa se desplaza el tejido celular y se llega al pericardio inmediatamente por cima del diafragma, se coge con una pinza y se abre, prolongándose la abertura hacia abajo hasta la cúpula diafragmática; el dedo se desliza bajo el corazón hasta detrás de este órgano, permitiendo el vaciamiento del pus acumulado en la parte retrocardíaca del pericardio; se coloca un drenaje cuyo extremo llegue a esta región y se fija a la piel. Es inútil cerrar la herida, que se tapona flojamente; se aplica una cura gruesa; curas diarias, vigilando el drenaje, colocando al enfermo un instante en posición genupectoral para facilitar la evacuación total del pus retrocardíaco.

Esta intervención es tan fácil como una pleurotomía; su duración fué apenas de quince minutos; no hubo hemorragia ni necesidad de hacer ligaduras. El enfermo operado puede realizar los trabajos más penosos sin dolor, porque la solidez primitiva de la pared se restablece prontamente y sin dificultad.—(*Lyon Chirurgical*, tomo XVII, núm. 2, marzo-abril 1920.) E. Luengo.

#### OBSTETRICIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Placenta previa con expulsión de la placenta y retención del feto.**—El doctor Horacio Félix Plate-ro refiere el siguiente interesante caso:

La señora Magdalena R. de C., italiana, de treinta y ocho años de edad, ingresa a la segunda Clínica Obstétrica en el último mes de su séptimo embarazo.

Asegura la enferma que su última menstruación data del 11 de octubre pasado; pero nos resistimos a aceptar ese dato como exacto, pues tanto el tamaño del útero como el peso del feto que extrajimos, nos permiten abrigar ciertas dudas de que se tratara de un embarazo a término.



# EL SIGLO MÉDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL



*La función sanitaria del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.—Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado.—Independencia y retribución de la función forense.—Dignificación profesional.—Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.*

## Boletín de la semana

### Acontecimiento académico.—Visita importante.—Decreto interesante.

El lunes 27, a las siete de la tarde, tuvo lugar la inauguración de la serie de conferencias que algunos de los más afamados profesores de la Facultad de Medicina de París han de dar durante este curso en la Real Academia Nacional de Medicina. De acontecimiento notable hemos calificado el acto en nuestro epígrafe, pecando de parcos, pues muy pocas veces hemos presenciado un éxito mayor y más legítimo que el obtenido por el profesor Pedro Duval, a cuyo cargo estuvo la referida conferencia.

La sencillez y claridad del estilo, la corrección oratoria, el tono de convencimiento que se reflejaba en toda la exposición de la copiosa y original doctrina, mantuvieron esclavizada literalmente la atención del auditorio, que, a pesar de expresarse el profesor Duval en francés, no perdió ni una sola de las bellezas de su discurso, que terminó en medio de una ovación verdaderamente unánime y entusiasta.

El estado de los conocimientos en la cirugía pulmonar antes de la guerra fué hecho de un modo tan sobrio como magistral; pero le superó la enumeración de los progresos y de los cambios de procedimientos a que el enorme contingente de hechos y observaciones de la guerra había conducido. La opinión de todos los que tuvieron la fortuna de oír al conferenciante era la de que no podía llegarse a más perfección en el conjunto de la abundancia de la doctrina con la elegante sobriedad y la propiedad de la forma.

El público, numerosísimo, estaba compuesto de los académicos que se encontraban en Madrid, y de lo más distinguido de la juventud médica y estudiosa.

Los plácemes al conferenciante y al presidente de la Academia por su feliz iniciativa fueron innumerables.

Durante los cuatro días de su permanencia en Madrid ha visitado el Sr. Duval la Facultad de

Medicina, los hospitales, el sanatorio de Villa Luz, el Instituto Rubio, las casas de socorro, y ha visto operar a los doctores Goyanes, Slocker y Arquellada, habiendo él a su vez operado con su reconocida destreza en el Instituto Rubio y en el Hospital general.

Como verdadera novedad puede considerarse el especial interés con que nuestro huésped ha querido visitar los establecimientos y organizaciones de la Beneficencia municipal de Madrid, a la que mostró particular deferencia, dando en la noche del miércoles último una conferencia en el salón de actos del Ayuntamiento, y eligiendo como tema «Algunas impresiones sobre la cirugía de urgencia». También este acto estuvo muy animado, y el orador, que dió un tono familiar a su elocuentísimo discurso, fué muy aplaudido por el numeroso y distinguido auditorio.

El profesor Duval deja entre nosotros una impresión de admiración y simpatía que no se borrará fácilmente.

—O—

En la *Gaceta* del día 28 apareció el anunciado decreto restableciendo las disposiciones vigentes de la ley de Instrucción pública respecto a la validez y reciprocidad de los títulos extranjeros. En otro lugar le publicamos íntegro, y por hoy nos limitamos, no a comentarle, sino a dar las gracias más efusivas y sinceras a los señores Dato y marqués de Portago, por haber respondido, al propio tiempo que a una aspiración de las clases profesionales, a un sentimiento de decoro de la Ciencia nacional.

Ahora bien; más allá debiéramos llevar nuestra gratitud, si, como de público se dice, la iniciativa ha partido de alguna elevada personalidad, cosa que nos parece verosímil, dada la inusitada prontitud con que se ha llevado a efecto, después de tantos años de inútiles tentativas. Conste nuestro agradecimiento a todos.

DECIO CARLAN





**1.—No hay todavía absceso cervical.***Mal de Pott suboccipital.*

- 1.º Dolores espontáneos, sobre todo en la nuca, y exagerados por los diversos movimientos de la cabeza.
- 2.º Nada de modificaciones morfológicas de la región mastoidea.
- 3.º Rigidez precoz y acentuada de la cabeza y del cuello.
- 4.º No hay síntomas auriculares.
- 5.º Estado general bastante malo, existencia de lesiones bacilares de otros órganos.

*Mastoiditis.*

- 1.º Dolores espontáneos, sobre todo en la región mastoidea y de la del vértice, y dolores provocados por la presión al nivel del antro de la punta.
- 2.º Modificaciones morfológicas de la región mastoidea.
- 3.º No hay rigidez de la cabeza y del cuello, y si existe, es poco acentuada.
- 4.º Síntomas auriculares.

**2.—Hay absceso cervical.***Mal de Pott suboccipital.*

- 1.º Los dolores espontáneos y provocados al nivel del absceso son poco acentuados.
- 2.º El absceso es bastante regular, no inflamatorio, sin edema periférico.
- 3.º La punción del absceso da salida a un pus seroso, grumoso, mal unido, con el cual el laboratorio puede hacer un diagnóstico citológico y bacteriológico.

*Mastoiditis.*

- 1.º Los dolores espontáneos o provocados al nivel del absceso, con propagación hacia el hemicráneo, son muy acentuados.
- 2.º Absceso más limitado, con infiltración periférica y reacción inflamatoria.
- 3.º Salida posible de una cantidad de pus por el conducto a cada presión ejercida sobre el absceso.
- 4.º La punción del absceso da salida a un pus flegmonoso espeso, bien homogéneo, que el laboratorio revela no ser tuberculoso.

**3.—Hay fistulización.***Mal de Pott suboccipital.*

- 1.º Fístula de bordes violáceos, despegados a veces con algunas fungosidades y dejando salir pus mal ligado.
- 2.º Por radiografía, lesiones de las vértebras cervicales superiores.
- 3.º El estilete introducido en la fístula se dirige hacia la columna cervical.

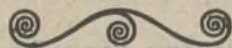
*Mastoiditis.*

- 1.º Fístula de bordes regulares, dejando escapar pus flegmonoso.
- 2.º Por radiografía, nada de lesiones de vértebras cervicales.
- 3.º El estilete se dirige hacia la mastoides.

El diagnóstico debe ser hecho con mucho cuidado, pues el pronóstico será muy oscuro si se aplica a cada una de estas afecciones una terapéutica opuesta a la que le conviene. Al mal de Pott cervical superior le corresponde un tratamiento médico, inmovilización del segmento vertebral interesado y punciones del absceso oxifluente con inyecciones de líquido modificador. La mastoiditis exige esencialmente el tratamiento quirúrgico, según el método preconizado por Moure, y que comprende dos tiempos: 1.º Trepanación y raspado de la apófisis. 2.º Abertura del absceso cervical. En resumen, el autor ha esclarecido una cuestión que interesa tanto al cirujano general como al otorinolaringólogo, y cuya importancia se juzga por las consecuencias desastrosas que acarrea un error de diagnóstico.—(*Revue de Chirurgie*, números 9, 10, 11 y 12; septiembre, octubre, noviembre y diciembre, 1919.—E. Luengo.

**OFTALMOLOGÍA****EN LENGUA EXTRANJERA**

**1. Neuritis retrobulbar por infección dentaria, por el doctor F. Figueira de Mello.**—Un individuo de treinta y tres años acude al hospital, porque a veces notaba que le faltaba la visión. No siente dolor en los ojos y sí en la cabeza, y en ocasiones presenta fiebre. Al examen oftalmoscópico los fondos oculares apenas se diferencian del tipo normal; sólo se observa congestión de las papilas y tono francamente violáceo de las venas en comparación con el de la arteria. Fué diagnosticado de neuritis retrobulbar, dependiente de una infección piorréica; por exclusión, puesto que la orina del enfermo no presentaba nada anormal; el examen clínico no reveló anomalía alguna en ninguno de los aparatos. Solamente se observaba una piorrea dentaria, afectando a todos los dientes sin excepción. El examen bacteriológico descubrió la existencia de estreptococos y otros gérmenes no identificados (diplococos y bacilos cortos Gram negativos) y espirilos de la cavidad bucal. La exploración de la visión demostró que el campo visual estaba disminuido en todos los diámetros, presentando un escotoma paracentral bien acentuado. Abundan ya los casos de afecciones oculares debidas a infecciones dentarias, y estas juegan un papel muy importante en todo el campo de la patología, por lo cual tanto el especialista como el médico general, nunca deben olvidar el examen de la boca de los enfermos. No se sabe con absoluta certeza como se verifica la infección de los ojos a partir de los dientes infectados; es posible que sea por vía linfática, venosa, por los canaliculos óseos, o por el tejido sub-perióstico, o también por los nervios.—*Bol. da Soc. de Med. e Cir de S. Paulo* (Brasil), vol. 3, número 4, junio 1920.—E. Luengo.





La enferma ingresa al Servicio el 1.º de agosto, con el objeto de hacer un tratamiento adecuado de una cervicitis a gonococcus de que padece, y el 6 de agosto empieza a sentir los primeros dolores de parto.

Ha tenido seis embarazos anteriores, datando el último de ocho años atrás, habiendo sido los cuatro primeros normales y los demás terminados por aborto del segundo al tercer mes.

El embarazo actual ha sido normal hasta el momento de ingresar a la Maternidad, pues no ha tenido más molestias que las comunes al principio, correspondiendo al segundo y tercer mes.

Cuando soy llamado para examinar a la enferma, hace ocho horas que ha iniciado su trabajo de parto, y la evolución hasta este momento ha sido también normal; las contracciones, regulares y fuertes, han permitido que la dilatación sea casi completa, a pesar de la presentación que es transversa (¿anterior o reciente?). En ese momento la enferma expulsa gruesos coágulos recientes y cantidad de sangre líquida que completa el volumen de un litro, poco más o menos, que ha expulsado diez minutos antes.

Con el objeto de determinar la causa de esa abundante hemorragia, llevo a efecto un tacto que me permite comprobar lo siguiente: vagina llena de coágulos, y además, la presencia de una masa de consistencia carnosa, junto a la cual se encuentra un cordón umbilical fino, y que no late; extraigo los coágulos con los dedos y hago una suave tracción sobre la placenta, que es traída hacia afuera sin esfuerzo ninguno; secciono el cordón lo más cerca posible de su extremidad proximal, y paso un lazo de venda en una mano que hace procidencia a través del orificio uterino casi completamente dilatado (8 a 10 centímetros).

La presentación A. I. D. A. no era de las más favorables para realizar la extracción del feto en un útero desprovisto de líquido y de membranas, y cuya contractura fisiológica dificultaba enormemente hasta la presa del pie; sin embargo, mediante prudentes maniobras pude hacer presa del pie más accesible después de largo rato de inútiles y pacientes tentativas, y pasar un nuevo lazo para poder efectuar las tracciones, pues el pie escapaba con suma facilidad; asegurado el pie, la versión era cuestión de habilidad manual más que de verdaderas dificultades técnicas, y así fué, pues a pesar de haber tomado el mal pie, la extracción se hizo rápida y fácilmente, y en una forma que una embriotomía no hubiera representado ventaja de ninguna clase, ni en tiempo ni en contingencias desagradables.

El feto pesaba 1.900 gramos, y la placenta decoronada pesaba 280 gramos; practiqué después un escobillonado para extraer las membranas e hice una instilación de alcohol iodado, seguida de otro de glicerina trementinada al 5 por 100.

El puerperio fué casi normal, salvo un pequeño ascenso de temperatura al cuarto día, y la enferma fué dada de alta sin novedad a los catorce días del parto.

Como vemos por lo expuesto, estamos en presencia

de un caso raro de placenta previa, que no dió síntomas de tal hasta después de iniciado el trabajo de parto, y el desprendimiento prematuro de la cual, dió origen a una abundante hemorragia que ocasionó un estado relativamente serio para la enferma y llegó a facilitar la expulsión de la placenta hacia la vagina, produciendo a la vez la muerte del feto y la agravación de una distocia presente, con la retención del feto en el útero vacío.

(*Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, julio de 1920).

## MEDICINA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Mastoiditis y mal de Pott suboccipital, por el doctor Georges Portman, de Burdeos.**—El mal de Pott suboccipital puede confundirse algunas veces con una mastoiditis. Moure ha observado varios errores de este género; el autor ha tenido también la ocasión de seguir un caso idéntico. Estas equivocaciones son tanto más lamentables cuanto que es probable que ocasionen la mayoría de las veces consecuencias desastrosas; es preciso, pues, evitarlas en la medida de lo posible por un diagnóstico diferencial muy minucioso. Tales son las ideas que presiden a este trabajo. Inspirándose en el principio de que el estudio anatómico profundo de la región donde se producen estas complicaciones supurativas se impone ante todo estudio clínico, Portmann hace la descripción topográfica detallada de esta región, que llama *canal cráneo-cervical*.

El conocimiento de este canal hace más fácil la distinción de la patogenia y la anatomía patológica del mal suboccipital y de la mastoiditis con absceso cervical profundo. Estas dos afecciones, esencialmente diferentes en cuanto a su naturaleza, pueden presentar una semejanza de aspecto perfecta cuando la perforación ósea mastoidea se produce al nivel de las paredes externa y superior del canal óseo cráneo-cervical, teniendo el absceso del mal de Pott su origen en la cara interna de este mismo canal y siguiendo la dirección de las aponeurosis y músculos cervicales superiores (*espacio cráneo-cervical*).

La sintomatología y el diagnóstico diferencial son objeto de una descripción clínica precisa. Ya se trate de mastoiditis o de mal de Pott suboccipital, nos encontraremos en presencia de uno de los tres estados clínicos siguientes: 1.º No hay todavía absceso cervical. 2.º Hay absceso cervical. 3.º Hay fistulización. A cada uno de estos períodos corresponden síntomas que permiten diferenciar las dos afecciones, síntomas que pueden ser completados por los exámenes apropiados de laboratorio (radiografía, análisis de pus, etc.) En el cuadro comparativo siguiente el autor ha reunido los síntomas importantes que pueden hacer inclinarse al práctico en favor de uno u otro diagnóstico.



## ¿Qué debe ser la Universidad?

.....@.....

### I

Parece que alguna o algunas de las afirmaciones hechas en un artículo por nosotros recientemente publicado, han sugerido dudas en ciertas personas acerca de cuál es el concepto que tenemos de lo que en los tiempos actuales debe ser la Universidad.

La Universidad es una institución que debe responder a un doble fin: el de garantizar la capacidad de los que ejercen profesiones determinadas, y el de servir de instrumento de difusión, investigación y avance de las ciencias. Nunca debe perderse de vista esta doble necesidad.

Será de menor importancia desde el punto de vista de la alta especulación; pero desde el de la necesidad social, es infinitamente más importante y de una urgencia de atención insustituible, el primero de estos fines.

El cuerpo social necesita de letrados para sus Tribunales y sus litigios; de médicos para combatir las enfermedades y retrasar la muerte en lo posible; de arquitectos, de ingenieros, de maestros, de hombres, en fin, especializados en las ciencias y las artes, que, agrupadas en conjuntos determinados, sirven para el más perfecto desempeño de cada una de las funciones imprescindibles para llenar una función social. Esto es a lo que primeramente debe atenderse; esto es lo que la nación exige en primer y esencialísimo lugar, y esto es a lo que la Universidad debe atender de un modo no exclusivo, pero sí primordial.

El segundo fin, con ser jerárquicamente más elevado en el orden científico, nadie puede negar que es supletorio en el de la organización administrativa; la función de investigación científica, puede esperarse que de modo más o menos completo surja de la personal iniciativa, de la espontaneidad individual, y aunque el Estado tenga el deber moral de alentarla, sin el deseo de investigar, sentido por el que se cree con alientos para ello, inútil es que se le imponga por el Estado el deber de hacerlo, ni que se le predique por los pedagogos la simultaneidad de la función, ni que se le proporcionen los medios materiales para realizarla. ¿Desde qué cátedra se le proporcionaron a Cajal los medios para realizar aquellas sus primeras investigaciones que le habían ya dado a conocer en el mundo científico europeo, cuando todavía los tribunales universitarios españoles le negaban las condiciones de catedrático para anteponerle candidatos que luego se han perdido en la justiciara insignificancia del anónimo? ¿De qué cátedra ha sido profesor Torres Quevedo, cuando el mundo culto ha aplicado y admirado sus descubrimientos y sus trabajos? Y no continuamos citando ejemplos de jurisconsultos comentaristas que han visto agotarse ediciones copiosas de sus libros sin haber ellos pasado por cátedra alguna y de clínicos

eminentes y cirujanos que han hecho avanzar la ciencia nacional haciéndola pasar el Pirineo sobre sus hombros no adornados por la medalla del censo de la sabiduría oficial.

Es necesario considerar esta cuestión vital, para nuestra cultura y para el avance de la ciencia nacional y mundial, con mayor independencia de la que consiente el encasillado de un escalafón, tanto más defendido a veces, cuanto menos explicable y justificada es la permanencia en él y cuantos más discutidos son los saltos y provechos en él conseguidos.

Una cosa es (y en ella estamos todos de acuerdo) que en nuestro país no se halle suficientemente fomentada y amparada la investigación científica, que su lugar más natural de desarrollo se encuentre en la Universidad.

Esta es una cosa, y otra absolutamente falsa es que toda la ciencia española se encuentre reconcentrada en el profesorado oficial, y, por tanto, será absurdo que solamente a éste se deba la ayuda y el aliento que el Estado tiene el deber de prestar a tan altos fines.

No, ni todos los catedráticos son investigadores, en el sentido de creadores, ni todos son inertes beneficiados del escalafón, del quinquenio, del texto, de la medalla y de los vuelillos.

El movimiento de confusión perniciosa, que cada día se acentúa más por la petulancia ambiciosa de los unos y la indiferencia desdeñosa de los otros, se explica, porque son los unos individuos organizados que dejan constantemente oír la voz de sus aspiraciones, siquiera las más veces sea esta voz expresiva de anhelos de mejoras materiales, muy atendibles, pero demasiado exclusivas, mientras que la representación difusa de la ciencia libre no aparece sino cuando es realidad obtenida o sólo habla de manera personal y aislada.

Como no tenemos el más remoto interés en ofender susceptibilidades de nadie, ni menos el de provocar polémicas, que no rehuimos, pero no iniciamos, no citamos ejemplos en comprobación de nuestros asertos, ni enumeramos los repetidos casos en que en las intervenciones parlamentarias han sido más veces las en que los elementos ajenos al profesorado oficial han clamado por el amparo de la ciencia que las en que los catedráticos y representantes de Universidades han abandonado las fórmulas de petición de mejoras materiales para ser voces desinteresados del progreso científico nacional.

En España ha habido un momento en el que todo el mundo ha preconizado la libertad de enseñanza; pero este amor a la libertad ha durado tan sólo el tiempo que han tardado sus preconizadores y sus falsos apóstoles en apoderarse, por procedimientos legítimos algunas veces, pero turbios otras, de los puestos de la enseñanza oficial.

Es de ver la prosopopeya con que defienden lo que ellos llaman el espíritu universitario; los que entrados ayer tras un pordioseo de antesalas y un



expediente de servicios domésticos en las listas oficiales, desempeñan hoy los papeles execrados antes en nombre de la libertad de enseñanza. Como jamás fueron unos convencidos de la bondad del procedimiento, y no la alababan sino mientras con esta alabanza molestaban a los catedráticos oficiales, cuyos puestos codiciaban, en el momento en que de unas o de otras maneras los han alcanzado ya no hay más ciencia que la del escalafón, ni más espíritu de investigación que el del quinquenio y el del mangoneo en la provisión de los puestos de auxiliares, ayudantes y demás coros de agradecidos.

¡Qué tristes verdades son éstas! ¡Y qué amargo resulta el pensar que en un país inerte y asexual como el nuestro basta que un grupo de señores se ponga de acuerdo y se finchen para pedantear con frases huecas, para que pasen encubiertas en la maniobra las artes más vulgares y menos estimables del abuso!

Pero... *Paulo majora canamus...*

«Si hay algo que deba ser libre, es la Enseñanza superior, puesto que esta enseñanza se dirige a espíritus ya formados, dotados de discernimiento y capaces de no admitir una aserción sino cuando viene apoyada en buenas pruebas.» Así dice un maestro inmortal, cuyo nombre no damos por hoy, para dar el trabajo de buscarle a los pedantes del *universarismo*, que seguramente no le han leído.

Esta condición del discípulo de enseñanza superior no debe nunca perderse de vista por el legislador en estas materias, porque expresa una capacidad, y una capacidad en el sistema de la Libertad, es un derecho.

Este derecho es el de elegir el maestro en ciertos límites, el de intervención en la elección del maestro oficial y el de garantizar la igualdad del maestro libre.

¡Anatema!, dirán los universitarios de nuevo cuño! ¡Querer que se iguale conmigo otro cualquiera a quien no le haya costado los sudores que a mí el tener mi cátedra, que es mi modo de vivir, que la vengo trabajando desde el banco de alumno, sufriendo los malos humores y la peor crianza de Don Fulano, muñiéndome el tribunal por medio de Don Mengano, y haciendo unos ejercicios que no hubo más que pedir, según estaban de acuerdo con el texto de Don Biblia!...

Se nos dirá que hemos tenido ya la libertad de enseñanza. ¡Falsedad-consciente! Lo que en España se instaló (que no se estableció con el epígrafe de de Libertad de enseñanza) fué un vergonzoso desorden, que vino a ser la revancha de un sistema de monopolio inaguantable; y los que querían ser maestros sin no mejores razones que los que ya lo eran, asaltaron las cátedras en nombre de la Libertad, como sus antecesores las habían usurpado en nombre del favoritismo y de la intriga.

En España nunca ha existido verdadera libertad de enseñanza.

«La libertad no es la desorganización. El arte dramático tiene su sitio natural de desarrollo, que es el Teatro. La música tiene su sitio de ejecución, que es el Conservatorio o la sala de Conciertos... Los sitios en que ha de darse la enseñanza superior son las Universidades.»

«En el seno de la Universidad debe ser la libertad completa; todas las opiniones deben emitirse; ninguna debe tener privilegio.»

«La Universidad debe ser el campo de liza del espíritu humano. El Estado debe ser el propietario de este campo de lucha y debe arreglar su organización y pagar sus gastos generales. Después que el campo de combate esté preparado y la lealtad de la lucha asegurada, lo abre a la eterna discusión. Confusamente nacida hacia el fin del siglo XII sobre la montaña de Santa Genoveva, produjo la Universidad de París y *and instar studii parisiensis*, todas las Universidades del mundo. Alemania, sobre todo en los tiempos modernos, ha sacado de esto sus más preciados frutos.»

«Lo que hoy se llama la Universidad francesa, que es la Universidad Napoleónica, nada tiene que ver con las antiguas Universidades... ¿Qué debe hacerse para recuperar a un tiempo mismo que la antigua perfección el ideal moderno? Veámoslo.»

«No puede aceptarse el nombre de Universidad nacional; puede aceptarse como distintivo el de la localidad; pero sin que signifique el espíritu local.»

Todavía lo es menos el nombre de Universidad de Zaragoza para significar otra cosa que la instalación de un centro docente en la inmortal ciudad; lo de más, cuando por sus profesores oficiales y libres dé carácter a sus estudios, se le dará de añadidura.

Todavía, no hace mucho tiempo, que en una reunión oficial teníamos que llamar la atención (nosotros, que no somos autonomistas) a ciertos autonunicipalistas acerca de la incongruencia en que incurrieran al llamar Central a la Universidad de Madrid. Pero el caso era que los tales eran profesores de Madrid y... una cosa es predicar y otra dar trigo.

C. M. CORTEZO.

## Sociedades Científicas

### Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 5 DE JUNIO DE 1920

#### La dietética en la fiebre tifoidea.

El DR. MARAÑÓN, corresponsal, dice que la dietética en la fiebre tifoidea es, sin duda alguna, un asunto de interés extraordinario, práctico y científico; que muchos médicos y el vulgo creen que es preciso alimentar al enfermo únicamente con dieta láctea, y a lo



más una alimentación mixta, y esto aun se sostiene en la práctica corriente domiciliaria y también en los hospitales; que él, desde principios de 1918, emplea de una manera sistemática en los enfermos hospitalizados la dieta mixta en la fiebre tifoidea, y que antes de entrar en materia sienta la siguiente conclusión: la dieta láctea es, sin duda ninguna, mucho menos conveniente que la dieta mixta en la fiebre tifoidea. La dieta láctea, en cierto número de casos de esta infección, se puede considerar como contraindicada, y hecho el balance global de los beneficios de una y otra dieta, se puede afirmar, en el estado actual de nuestros conocimientos, que en los enfermos de fiebre tifoidea, en general, es más conveniente la dieta mixta que la láctea. Se basa en 191 casos observados por él en la sala de infecciosos del Hospital General, en estos últimos meses.

El doctor Marañón trata este asunto de la dieta mixta en la tifoidea desde dos puntos de vista: el de la fiebre y el de la lesión intestinal. En la fiebre era una indicación, hasta hace algún tiempo, emplear la dieta láctea, y, aun hoy, la mayor parte de los médicos la emplean en todo su rigor si aquella se prolonga unos cuantos días, a pesar de haber notables médicos que han tratado de destruir y de echar por tierra el error que supone esta práctica, y entre ellos cita al gran clínico inglés Graves, que mandó poner en su tumba *Alimentaba en la fiebre*, considerándolo como uno de los mayores galardones de su vida profesional. Por lo tanto, es un error someter a dieta láctea a los que sufren procesos febriles, como en las septicemias puerperales, fiebre maltosa, tuberculosis incipientes, etc., sin tener en cuenta que en la fiebre hay un consumo de albúmina que no se repara bien con la dieta láctea. Cuando la fiebre dura poco tiempo, carece de importancia, pero cuando traspasa los límites de quince días el gasto albuminoideo que supone la fiebre, es muy difícil de reparar con la dieta láctea. Se calcula que un enfermo con fiebre prolongada necesita por encima de 2.000 calorías para reparar el gasto. Con la dieta láctea, aun suponiendo que la leche sea completamente pura, estas 2.000 y pico de calorías son extraordinariamente difíciles de conseguir. Con la leche habitual, unos tres litros diarios, corresponden aproximadamente a unas 1.800 calorías, y es una cosa completamente cierta que ningún enfermo febricitante, al cabo de unos cuarenta días de estar sometido a la dieta láctea, toma los tres litros de leche; lo excepcional es que los tome regularmente; lo ordinario es tomar litro y medio, a lo sumo dos litros de leche, lo cual representa unas 1.000 calorías diarias, insuficientes para sostenerle, aun estando en reposo. De aquí los desastres de procesos tuberculosos, estados de depauperación y otros.

Se ocupa luego de los fermentos del tipo vitamínico contenido en la alimentación humana, que tienen un valor primordial, pues se sabe que además de los principios inmediatos, de las sales y del agua que necesita ingerir todo organismo para mantener su equilibrio

nutritivo, es necesario que estos alimentos contengan una cierta cantidad de fermento, cantidad probablemente muy distinta, según el estado del individuo y según las condiciones individuales del organismo, cuyos fermentos se contienen de una manera muy precaria, según estudios recientes de Concepción y de Gilson en la dieta láctea. La leche, cuando está fresca, contiene, indudablemente, una cierta cantidad de estos fermentos de tipo vitamínico, y es conocido el hecho de que la leche fresca era considerada por los antiguos navegantes como uno de los más eficaces remedios antiescorbúticos. Sin embargo, parece que la leche fresca, aun en las mejores condiciones, sólo puede considerarse como alimento perfecto, desde el punto de vista de los fermentos vitamínicos, para ciertos individuos, para aquellos que se hallen en cierto estado patológico, no para todo ser humano; y por de pronto las experiencias de Gilson y Concepción dan la conclusión de que por lo menos en los animales se pueden producir de una manera decisiva estados vitamínicos alimentándoles con leche cocida como la toman los enfermos.

La transmisión a la clínica de estas ideas experimentales ha sido hecha por varios autores, por Weil y Mauriquand, en cuyo reciente libro se citan varios casos y la sospecha de otros más, en los cuales una alimentación láctea continuada ha producido en enfermos de diferente naturaleza estados vitamínicos bastante caracterizados. Por lo tanto, ni desde el punto de vista de las calorías ni de los fermentos vitamínicos, la dieta láctea se puede considerar de una manera general como suficiente para un enfermo con fiebre de larga duración.

El doctor Marañón indica que lo anteriormente dicho se refiere a la fiebre en general; pero que el caso de la fiebre tifoidea es especial, hasta el punto de que exponiendo estas ideas a algunos compañeros médicos le han objetado que no le falta razón; pero que había que tener en cuenta que en los tifoideos, además de la fiebre, existe lesión intestinal y ulceraciones, por lo que había que alimentarles convenientemente para que las úlceras intestinales no sean maltratadas de una manera mecánica por una alimentación sólida, produciendo una porción de graves complicaciones digestivas que tiene esta enfermedad, o por lo menos, ayudando de una manera muy directa a que estas complicaciones se produzcan. A todo lo cual, responde el doctor Marañón que tal concepto es erróneo. En primer lugar, el que un individuo ingiera alimentos sólidos, no quiere decir de ninguna manera que éstos lleguen a ponerse en contacto con los úlceras de la fiebre tifoidea, toda vez que cuando llega a la última parte del intestino delgado, sitio de la ulceración, ya dichos alimentos se hallan convertidos en un quimo perfectamente fluido, en el cual no quedan sino restos microscópicos, pequeñísimos del alimento sólido; lo contrario de lo que sucede la mayoría de las veces con la dieta láctea, que produce grandes escibales fecales (masas duras), estreñimiento.

# BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPAMAJOR L.,  
y Estaño coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34.—Valencia

Ayuntamiento de Madrid



Habla luego el doctor Marañón de un tercer elemento; los enfermos de fiebre tifoidea alimentados con dieta láctea tienen mucho más meteorismo que los sometidos a una dieta mixta; que sus enfermos tratados con esta dieta rara vez acusan meteorismo. No hay, pues, razón ninguna teórica para que en la dieta mixta se produzcan las graves complicaciones, como son las peritonitis, las perforaciones y las hemorragias con timpanismo grande.

Impugna la idea equivocada de que por una transgresión de régimen un poco precoz haya sobrevenido recidiva, puesto que la fiebre tifoidea es una infección sanguínea primitiva, una septicemia, y las lesiones intestinales son secundarias.

Dice que los enfermos sometidos a tratamiento (dieta mixta) que ingresan en el hospital con fuliginosidades en la lengua, encías y labios (tipo escorbútico), en cuanto se alimentan en dicha forma, se suprimen aquellas y toda tendencia hemorrágica.

Explica el modo de alimentar a sus tifoideos: dos pequeñas comidas, compuestas de café con leche o chocolate claro con bizcochos o galletas, y dos comidas más abundantes, compuestas de una sopa muy substanciosa (no hecha con caldo de vegetales), sino con arroz, fideos o sémola; pescado blanco cocido y patatas cocidas y aplastadas o en forma de puré hecho con leche o caldo, y siempre fruta fresca en forma de zumo, o cuando la enfermedad declina, en substancia. Las frutas empleadas son: la naranja, principalmente, y también la lima, la uva y las ciruelas muy maduras. Algunos días se les da dulces de cocina o compota de frutas. En otros casos toman una sola comida, y en las horas de más fiebre o más sopor leche sola o alternada con caldo.

En su interesante comunicación consigna los resultados que ha obtenido. Los enfermos son 191; tratados con dieta mixta, 181; con dieta láctea, 10. Entre los primeros han acusado hemorragias intestinales, ocho, un 4 por 100, habiendo fallecido dos: 1,1 por 100; casos de peritonitis y perforaciones, tres: 1,6 por 100, y, por último, respecto a recidivas, cuatro: un 2,1 por 100.

Termina el doctor Marañón tan importante tema de aplicación clínica manifestando que la dieta mixta tiene bastantes contraindicaciones; la principal, constituida por aquellos enfermos que tienen su sensorio tan completamente embotado, que apenas se puede conseguir que traguen algunos buches de agua; hay otros que no toleran bien los alimentos de esta dieta, reaccionando con vómitos o diarreas. Cuando un enfermo de tifoidea tiene hemorragia u otras complicaciones de tipo digestivo grave, como la peritonitis, inmediatamente se le suprime la dieta mixta, y después de tenerle veinticuatro horas a dieta absoluta se le dan jugos concentrados de frutas, caldos substanciosos, leche fría, y de esta manera se empieza otra vez la dieta, más o menos atenuada y combinada, con la dieta láctea; pero de ningún modo, salvo casos excepcionales, se le da dieta láctea pura.

DOCTOR CESALDO

## Sociedad Ginecológica Española <sup>(1)</sup>

SESIÓN CIENTÍFICA CELEBRADA EL DÍA 27 DE OCTUBRE DE 1920

Presidente: DR. BECERRO

ORDEN DEL DÍA

Probable embarazo ovárico

El más interesante y grave de los procesos de estrangulación observados en niños, es el de un enfermito operado a los cuatro días de estrangulación. En el saco hallamos toda la región ileocecal estrangulada y esfacelada. La parotomizamos e hicimos una resección típica de ciego seguida de una anastomosis ileocólica latero lateral.

Este último caso revela las dificultades extraordinarias que a veces presenta la operatoria herniaria, considerada generalmente como fácil. Lo es en lo que se refiere a desbridamiento y plástica del anillo; pero no en cuanto se relaciona con el tratamiento del contenido sacular.

*Doctor Otaola:* Solamente voy a citar un caso que confirma el hecho de que en los niños la estrangulación herniaria se reduce muchas veces sin más que anestesiarse al enfermito. Se trataba de un niño a quien unían lazos familiares con el presidente de esta Academia. El paciente, cuando nosotros le vimos, que era a las pocas horas de haber tenido lugar la extrangulación herniaria, estaba dormido; el contenido herniario era irreductible. Anestesiámos al enfermito, que pasó de este modo del sueño fisiológico al sueño anestésico, y la hernia se redujo tan fácil y sencillamente, que prácticamente puede estimarse que se redujo de modo espontáneo.

*Doctor Becerro de Bengoa:* La existencia de meso más o menos largo del ciego, necesaria para la producción de las hernias cecales y apendiculares, señalada por el Sr. Blanco, nos recuerda a los ginecólogos los fenómenos dependientes de esta particularidad anatómica, que da motivo a accidentes abdominales caracterizados por dolor en la fosa ilíaca derecha y estreñimiento, bien de curso crónico o presentado en crisis que precisan un diagnóstico dificultoso con accidentes de apendicopatía crónica y con las anexitis del lado derecho. Los fenómenos a que aludimos son motivados por la cecoptosis bien debida a la existencia de divertículos cecales colgantes o a la movilidad del ciego por permitirle existencia del meso de mayor o menor longitud.

Tiene esto trascendencia, porque pueden ser las partomizadas mujeres diagnosticadas de anexitis crónicas del lado derecho con ovaritis esclerósicas y salpingitis dolorosa, y la intervención resulta infructuosa

Véase e número anterior.

**CARBOLAN**

Pelrid's C.º, New-York

Pomada al 6 % de carbol puro, antiséptica, antiflogística, antipruriginosa; para heridas, forúnculos, hemorroides, prurito vulvar, quemaduras de 1.º y 2.º grado, etc

Laboratorio: J. Ferret y Robert, Sitges (BARCELONA)



si al hacer la anexiectomy no se hace además la cecopexia, verdadera intervención curativa de los accidentes dolorosos y de estreñimiento.

Lo mismo puede decirse de la apendicectomia, puesto que si los fenómenos son debidos a la movilidad y prolapso del ciego, nada se adelanta con ella si no va seguida de las técnicas reductoras del ciego movable, es decir, de cecoplicatura, recección del ciego o la más henigna de cecopexia de la clase que sea.

Debe, pues, investigarse en las manifestaciones dolorosas de la fosa ilíaca derecha, el estado morfológico del ciego y de su maso para que, al intervenir, no se deje de apreciar la condición anatómica a que nos referimos, y se haga por el ginecólogo una intervención inútil en los anexos, dejando de cumplir la exacta indicación operatoria.

*Doctor Luque.*—He tenido ocasión de observar algunos casos que corroboran lo dicho por el doctor Blanc.

*Doctor Cospedal (hijo).*—De lo dicho por el doctor Becerro de Bengoa parece poder deducirse que él estima que la existencia de meso, más o menos largo, determina fatalmente fenómenos dolorosos y de estreñimiento, lo cual no es exacto; pues si bien es muy cierto que ello ocurre a veces, también lo es que otras muchas, con un meso cecal de gran longitud, existe un funcionamiento intestinal perfecto. De ello hemos podido convencernos nosotros en varias ocasiones, puesto que realizando de un modo sistemático en nuestras laparatomías el examen del apéndice y del ciego, hemos observado que mujeres a las cuales no se les practicó apendicectomía, ni cecopexia (a pesar de invitar a ello la longitud exagerada del apéndice y del meso cecal), por considerar que las tales intervenciones iban aumentar la gravedad de intervenciones ya laboriosas, se han visto por completo libres de todas las molestias que sufrían antes de la intervención. Lo cual quiere decir que sus sufrimientos no eran en modo alguno debidos a la disposición anatómica antes mencionada.

Así, pues, si bien es muy cierto que la ptosis del ciego determina trastornos dolorosos y de estreñimiento, yo quiero únicamente hacer resaltar el hecho de que esto es una regla general que tiene bastantes excepciones.

*Doctor Blanc Fortacin.*—A los señores Otaola y Luque no he de decirles sino que agradezco la aportación de casos observados por ellos y que confirman lo que anteriormente he expuesto. En cuanto a la cuestión que—apartándose un tanto del tema tratado por mí—han suscitado los señores Becerro de Bengoa y Cospedal (hijo), es muy interesante, tanto que ella ha sido discutida durante varias sesiones por las sociedades americanas y francesas. Las corrientes modernas parecen atribuir un papel más importante a la mecánica que a las secreciones del intestino, para el buen funcionamiento de éste, por lo cual yo considero que hará bien el cirujano en corregir la ceco-ptosis, como hará bien en extirpar el apéndice enfermo, siempre que

con ello no aumente la gravedad de la intervención de modo manifiesto.

El secretario de actas,

COSPEDAL (HIJO).

## Sección oficial

### Presidencia del Consejo de Ministros

#### Real decreto sobre validez de los títulos profesionales extranjeros

##### EXPOSICIÓN

«Señor: Entre la ley de Instrucción pública de 9 de septiembre de 1857 y el decreto de 6 de febrero de 1869 hay una diferencia radical en lo que se refiere a la admisión en España de los estudios hechos y de los títulos profesionales adquiridos en el extranjero; pues si para la ley de 1857 era ello gracia temporal y limitada que el Gobierno podía acordar o denegar en cada caso, previos los informes más autorizados, para el decreto de 1869 era facultad que a todo el mundo se brindaba para que a ella se acogiese, sin otras trabas que las meramente burocráticas y fiscales que sobre los españoles pesan.

Mientras la enseñanza oficial no adquirió en España, singularmente respecto de algunas profesiones, el perfeccionamiento a que ha llegado y los universales respetos de que disfruta, la amplitud del decreto pudo ser admitida y aun recomendada; pero es indudable que en la situación actual de esas enseñanzas en nuestro país no hay razón alguna que justifique una generosidad no correspondida por los más de los países que gozan de ella, sobre todo cuando no se trata sólo de los estudios de las diversas profesiones, sino también de los títulos que autorizan para ejercerlas con el consiguiente lucro personal.

Incluso por razones de decoro del Estado, que ha organizado, sostiene e inspecciona esas enseñanzas, debe ponerse término a un trato de favor sin reciprocidad para los Centros análogos del extranjero, y ello es tanto más obligado cuanto que para lograrlo basta devolver la plenitud de vigencia, en ese punto, a la ley de 1857, que sólo por otra ley votada en Cortes pudo ser modificada.

En su virtud, de acuerdo con el Consejo de ministros, y a propuesta de su presidente, tiene éste el honor de proponer a V. M. el siguiente proyecto de decreto.—Madrid, 27 de diciembre de 1920.—Señor: A L. R. P. de V. M.—*Eduardo Dato.*

##### REAL DECRETO

De acuerdo con Mi Consejo de ministros, y a propuesta de su presidente, vengo en decretar lo que sigue:

Artículo primero. Se restablece en todo su vigor

# LA DIABETES

## Y SUS COMPLICACIONES

### SE CURAN RADICALMENTE CON EL VINO URANADO PESQUI

que elimina el azúcar a razón de UN gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras, Laboratorio Pesqui. Prim, 25, \* San Sebastián.



y efecto lo que dispone el artículo 96 de la ley de Instrucción pública de 1856, en cuanto a habilitación temporal de títulos obtenidos en el extranjero para el ejercicio en España de las profesiones a que ellos autorizan.

Art. 2.º Los ministros de Instrucción pública y de Fomento sólo podrán en lo sucesivo autorizar el ejercicio en España de las profesiones de médico, odontólogo e ingeniero y capataz de minas a los que adquirieron el respectivo título en países que den igual trato a los propios títulos expedidos en España.

Art. 3.º Dado el carácter de temporalidad que el artículo 96 de la ley de Instrucción pública reconoce a la habilitación de los extranjeros para ejercer en España sus profesiones, quedarán caducadas, en cuanto venza el plazo para que se concedieron, todas las autorizaciones que se hayan otorgado por los ministerios de Instrucción pública y de Fomento a médicos, odontólogos e ingenieros y capataces de minas con título extranjero.

Art. 4.º Queda derogada toda disposición que se oponga a lo prevenido en las presentes.

Art. 5.º El Gobierno dará cuenta a las Cortes de este decreto.

Dado en Palacio a 27 de diciembre de 1920.—ALFONSO.—El presidente del Consejo de ministros, *Eduardo Dato*.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,5; ídem mínima, 699,2; temperatura máxima, 9º5; ídem mínima, 1º8; vientos predominantes, S. y SO.

Siguen observándose casos de fiebre tifoidea en dos focos de la población de Madrid; aunque en general son de forma benigna, se presentan algunos graves. La escarlatina disminuye. Los catarros bronquiales generalizados son muy numerosos.

## Crónicas

A los médicos.—La comisión organizadora de la Fiesta de Reyes, que se celebrará el próximo día 2 de enero, a las tres y media, en el Colegio de Huérfanos de Médicos (calle del Pilar, 45, Guindalera), invita a los médicos y sus familias a que asistan al simpático acto. No hay otro género de invitaciones.

La Reina en el Hospital del Niño Jesús.—Siguiendo su costumbre de años anteriores, el día de Nochebuena Su Majestad la Reina Doña Victoria visitó el Hospital del Niño Jesús.

El objeto de esta visita anual de la soberana en ese día es llevar juguetes a los niños enfermos que allí reciben asistencia.

La augusta dama fué recibida por todo el personal facultativo y administrativo del Hospital, y conforme iban visitando las salas dejaba a cada enfermito un juguete.

El director del Establecimiento, doctor Sarabia, agradeció a la Reina en nombre de los niños sus constantes bondades.

Peste bubónica en Grecia.—Un parte procedente de Atenas, da cuenta de que en el próximo puerto de El Pireo, y en barrio popular, se han registrado varios casos de peste bubónica.

Según la misma información de donde tomamos esta noticia, las autoridades sanitarias han aislado el barrio contaminado y ponen todos los medios conocidos en práctica para evitar la propagación del mal a la próxima Atenas.

Colegio de Huérfanos de Médicos.—Nos ruega el Patronato de esta fundación que nos dirijamos a los Colegios Médicos provinciales y a los médicos en particular advirtiéndoles de la conveniencia de que los agasajos y donativos que piensen dedicar a los niños con motivo de las fiestas de Navidad, sean enviados en la siguiente forma: Los donativos en metálico, en giros, etcétera, directamente y a nombre de D. Enrique Isla Bolomburu, tesorero del Patronato y decano de la Beneficencia provincial, y los regalos en especie directamente al Colegio y a su director, calle del Pilar, 45 (Guindalera).

Siguen las anomalías.—En corroboración a lo que venimos diciendo acerca de la imposibilidad de que continúe el actual procedimiento de constitución de tribunales para oposiciones a Cátedras, registramos hoy un hecho, que si no tuviera esta complicación de la deficiencia del procedimiento, se prestaría a interpretaciones poco benévolas respecto a la conducta de un tribunal.

Es el caso, que el nombrado para la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina, después de no haberse podido formar en repetidas tentativas, con renuncia de diez jueces, es improvisadamente citado sin haberse cumplido el trámite reglamentario de la publicación de los nombramientos de dichos jueces en la *Gaceta*... ¿Cómo explicar esto?

De cualquier manera que se interprete, la convocatoria es a todas luces ilegal. ¿No es verdad, señor Ministro de Instrucción Pública?

### INTERESANTE A NUESTROS SUSCRIPTORES.—

El día 11 hemos entregado a nuestro banquero el giro contra los suscriptores que aún no han abonado el pasado año de 1920. Les rogamos hagan efectivas las letras a su presentación (aunque no las crean corrientes), pues de lo contrario nos irrogarían muchos gastos y grandes perjuicios. Después pueden escribirnos, y sus quejas serán debidamente atendidas.

ADVERTENCIA.—Las letras llevarán un aumento de una peseta cada una, aunque los gastos de giro nos cuestan algo más. Los que envíen el importe de la suscripción por giro postal, pueden descontarse los gastos que el giro les ocasiona.

España en el Centenario de la Academia de Medicina de París.—En nuestro número anterior dabamos cuenta de

**PEÑACASTILLO**

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso  
Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo a la vez que  
higiénica.—Director: Dr. MORALES.—Santander

Ayuntamiento de Madrid



viaje del decano de la Facultad de Medicina de Madrid, doctor D. Sebastián Recaséns para representar a España en las sesiones con que se conmemora el primer Centenario de la Academia de Medicina de París.

Según telegramas recibidos, nuestro ilustre enviado fué muy felicitado en su discurso de salutación pronunciado en la sesión solemne y muy sinceramente acogidas sus palabras sobre la unión de los médicos de las dos naciones vecinas en su esfuerzo por el progreso de la Ciencia.

**A nuestros lectores.**—La Administración del Correo Central nos comunica que deseando dar una nueva organización al Negociado de Apartados, a fin de conseguir una más rápida y segura distribución de la correspondencia, se hace necesario, para obtener el resultado apetecido, que todas las cartas dirigidas a los abonados lleven consignada con toda claridad la dirección completa de los titulares, y además, con caracteres perfectamente visibles, a la izquierda del punto de destino, el número del apartado correspondiente.

Agrega, además, que todas aquellas que no vengan extendidas en esta forma serán entregadas a los carteros urbanos para su reparto.

De conformidad con este aviso, y para evitar los perjuicios y los retrasos que su incumplimiento produciría, rogamos encarecidamente a todos nuestros comunicantes que en la correspondencia dirigida a EL SIGLO MEDICO se ajusten a lo establecido, consignando con toda claridad, con el título de nuestro diario, la indicación «Apartado núm. 121».

**Instituto de Medicina Social.**—En el Instituto de Medicina Social ha quedado constituida la Junta de gobierno para el presente curso en la forma siguiente:

Presidente, doctor Sebastián Recaséns; presidentes de sección: sección primera, estudios e investigaciones médico-sociales, doctor Gustavo Pittaluga; sección segunda, enseñanza, doctor Antonio Piga; sección tercera, propaganda médico-social, doctor Gregorio Marañón; sección cuarta, acción política, D. Julio Senador, abogado y publicista; secretario general, doctor Antonio Aguado Marinoni.

**La población rusa disminuye.**—Un telegrama procedente de Helsingfors da cuenta de que, según los datos conocidos del Censo efectuado últimamente en Rusia, la población ha disminuído en un 10 por 100 desde el nuevo régimen.

La población de Moscu ha disminuído en un 45 por 100, y la de Petrogrado en un 71 por 100.

Como puede observarse, la cifra de la población ha disminuído en proporciones extraordinarias en las grandes capitales y en proporción mínima en las pequeñas aldeas rusas.

**Real Academia Nacional de Medicina.**—Cumpliendo las prescripciones de la Fundación Pérez de la Fanosa y las del Dr. Melcior, esta Academia, en sesión de 15 de los corrientes, ha adjudicado los trece socorros anunciados oportunamente, a las personas que a continuación se expresan, las cuales son médicos necesitados o pertenecen a las familias que se hallan en igual caso.

Dos socorros de 500 pesetas cada uno (Pérez de la Fanosa), a don Ignacio Lázaro Adradas y doña Virtudes Cabrera y Jiménez.

Siete socorros de 250 pesetas cada uno (Pérez de la Fanosa), a don Emilio Tubau y Barrio, a don Ruperto Fernández Vaquero, a don Ladislao de Diego del Campo, a doña Enriqueta Faes Audicio, a doña Dolores García y

Centenera, a Doña Consuelo Orgaz y Rufo y a doña Visitación Albardi y Arriola.

Cuatro socorros de 250 pesetas cada uno (doctor Melcior), a doña Eustasia García Fernández, a doña Isolina Izquierdo y Rodríguez, a doña Ramona Murcia y Valverde y a doña Matilde Yepes de Cuéllar.

Lo que se anuncia para su conocimiento a fin de que en cualquier día lectivo, de 11 a 1 de la tarde, se sirvan recoger el expresado socorro, ya personalmente o con autorización cuya firma certificará su autenticidad el Juzgado municipal del distrito a que pertenezca el interesado. A la misma hora de oficina podrán retirar los solicitantes la documentación presentada.

*Gaceta de Madrid* del día 20 de diciembre.

**SULFOBARIUM** (marca registrada).—Sulfato de bario purísimo para Radioscopia. Cajita de 130 gr., 2,40 pesetas; de 150, en dos dosis, 3 pesetas; en forma emulsionable en frío; a granel, por kilos. *Unico* preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y académico, Atocha; 35, Tel. M. 33, Madrid, farmacia y laboratorio de análisis del doctor Giral.

**CASA METZGER**, Paseo de Gracia, 76, Barcelona, sirve toda clase de material para Laboratorios en el acto. Pídase catálogo.



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, *tifus gástricas*. A. J. y S. ESCOFET. Tarragona.

## ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

# Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial-Argensola, núm. 4, Madrid.

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, MADRID

Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.—Teléf. J. 923.