

# 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 FRANCOS RODRIGUEZ
<b>P. ARIAS CARVAJAL</b> De la Beneficencia Municipal de Madrid.	<b>A. GARCÍA TAPIA</b> Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	<b>J. MADINAVEITIA</b> Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
<b>J. DE AZÚA</b> Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	<b>J. GÓMEZ OCAÑA</b> Catedrático, Senador, Académico de la Real Nacional de Medicina.	<b>G. MARAÑÓN</b> Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
<b>L. CARDENAL</b> Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	<b>GONZÁLEZ AGUILAR</b> Director-Médico del Instituto Cervantes.	<b>A. MEDINA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.
<b>V. CORTEZO</b> Profesor del Instituto Alfonso XIII.	<b>J. GOYANES</b> Cirujano del Hospital General de Madrid.	<b>B. NAVARRO CÁNOVAS</b> Profesor de Radiología del Hospital Militar.
<b>L. ELIZAGARAY</b> Médico del Hospital General de Madrid.	<b>B. HERNÁNDEZ BRIZ</b> Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	<b>J. ORTIZ DE LA TORRE</b> Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
<b>A. FERNÁNDEZ</b> Alumno de Medicina.	<b>T. HERNANDO</b> Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	<b>S. PASCUAL Y RÍOS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
<b>M. GAYARRE</b> Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.		<b>A. PULIDO MARTÍN</b> Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
		<b>P. DEL RÍO HORTEGA</b> Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
		<b>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
		<b>JOSÉ SANCHIS BANÚS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
		<b>F. TELLO</b> Sub-Inspector General de Sanidad.
		<b>L. URRUTIA</b> 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: Método inmunizante antinecrótico, por el Dr. Camilo Calleja.— Método para la determinación clínica de la tensión parcial del CO<sub>2</sub> alveolar, por R. Carrasco Formiguera.— Nuevo tratamiento quirúrgico del estrabismo, por el Dr. B. Castresana.— Bibliografía, por R. Luis y Yagüe.— Periódicos médicos.— Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.— Dos Reales ordenes.— Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.— Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.— Montepío facultativo.— Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.— Crónicas.— Vacantes.— Correspondencia.— Anuncios.

### METODO INMUNIZANTE ANTINECROTICO

POR EL

DR. CAMILO CALLEJA

*Este método consiste en el uso de la causticoterapia como inmunizante preventiva y curativa de las lesiones patológicas del shock, de las inflamaciones, intoxicaciones, infecciones y degeneraciones, con inclusión de la tuberculosis y de la esclerosis.*

El 3 de Enero de este año (1919), el Dr. Fenton B. Turck ha leído en la Academia de Medicina de Nueva York una comunicación sobre el *Papel de la necrosis y de la invasión bacteriana en cirugía*, en la cual este cirujano investigador demuestra con experimentos y observaciones las ideas de patogenia que yo vengo sustentando hace años sobre este particular.

No voy á detallar los experimentos realizados por el Dr. F. B. Turck, puesto que esto solamente ha de interesar á los dedicados á las investigaciones de laboratorio; bástenos consignar que sus conclusiones están en conformidad con el concepto clínico de las enfermedades autógenas y especialmente de la crisis que ya hace mucho tiempo vengo exponiendo en libros, revistas y en la Real Academia Nacional de Medicina antes de conocer las publicaciones del Dr. Turck. Tampoco he de transcribir otros trabajos de este autor que hacen referencia á la elaboración de sueros para el tra-

tamiento de las complicaciones traumáticas; ni, en fin, he de traducir los prolijos detalles concernientes á la patología de la isoautólisis (ó *Peptone Shock*).

La proposición fundamental que sustenta el doctor Turck es la siguiente: «El shock (esto es, la *convulsión*) y las demás manifestaciones de los traumatismos, con inclusión de las úlceras y las pulmonías, son determinadas por absorción de venenos producidos al desintegrarse las células necrosadas. Tales venenos ó agentes destructivos que pertenecen á los polipéptidos, son los principales culpables de las muertes de los heridos por shock y por pulmonía».

El Dr. Turck ha verificado sus observaciones en los animales sometidos á sus experimentos por medio de un instrumento llamado «gyromele» y con la ayuda de unas tenazas *ad hoc*, por medio de las cuales se pueden extirpar porciones de la pared del estómago y de los intestinos. El «gyromele» ha sido adoptado también en el Instituto de Rockefeller, de Nueva York, para extraer cultivos de las vías digestivas. Consiste en una sonda flexible provista de una esponja esterilizada que puede introducirse hasta el intestino pasando por la vía natural, esto es, por la boca y por el estómago. Concluye afirmando dicho cirujano investigador que en su concepto la necrosis celular proporciona las proteínas más tóxicas que se forman en las enfermedades, y que su efecto destructor no se verifica hasta llegar á la red capilar de las vísceras.



El Dr. Turck ha presentado numerosas pruebas de este aserto, pero solamente he de mencionar aquí los hechos más demostrativos, á saber:

1) Los jugos pulmonares obtenidos por medio de punciones aspiradoras en los pulmoníacos son casi siempre estériles, es decir, no suelen contener las bacterias que se hallan muchas veces en los esputos de los que padecen dicha afección.

2) Solamente se consigue que proliferen las bacterias saprofíticas en los tejidos cuando se ha producido ya necrosis bien marcada, y para determinarla se puede conseguir con cualquiera de los cáusticos. El doctor Turck ha usado principalmente los ácidos acético, tánico y crómico, el nitrato de plata, el aceite de mostaza, el éter y, sobre todo, el cloroformo.

3) El resultado inmediato de estos experimentos llevados á cabo en el estómago fué la necrosis más ó menos acentuada, según la dosis y concentración del líquido; cuando la necrosis de la mucosa gástrica no es total, sino parcial, dejando células vivas entre las muertes, sobreviene al momento una gastritis, alterándose además la circulación esplánica por la absorción de los productos necróticos y en estas condiciones las bacterias que se hallen en el estómago se hacen más virulentas y más proliferantes, llevando consigo las proteínas tóxicas ó polipéptidos que ingirieron, y si entonces son destruidas las bacterias por los polipéptidos necróticos, quedan éstos libres, siendo absorbidos y al llegar á la red capilar ocasionan los trastornos circulatorios antes apuntados.

4) Todo esto se puede observar directamente, según Turck, por la vía bucal, por la nasal y también abriendo el esófago y el estómago. Además, habiendo examinado trozos de la mucosa del estómago disecada, de cuando en cuando, después de dichas cauterizaciones, jamás ha visto á las bacterias penetrar en los tejidos ni en el torrente circulatorio.

5) Según el número que haya de bacterias ejercen una acción opuesta sobre la mucosa; si no proliferan demasiado, son puramente estimulantes, mientras que si se desarrollan en exceso, ejercen una acción necrosante que puede llegar á ulcerar y hasta perforar el estómago, lo cual es debido á la destrucción de las fibras musculares, mayormente en los puntos donde abundan los fermentos (píloro y duodeno). Mas téngase muy presente que, en tales circunstancias, solamente aumenta la cantidad de tales proteínas tóxicas sin variar su calidad.

6) Estas pruebas experimentales le han revelado al Dr. Turck que también el «shock» es producido por las proteínas resultantes de la desintegración necrótica de los tejidos. Es decir, el «shock» no es una psiconeurosis consistente en una simple conmoción nerviosa, sino una autotoxemia.

Para confirmar este aserto expuso las vísceras de animales á la acción del aire hasta producir la mortificación en algunos puntos y después inyectó á otros animales los productos segregados por las células muertas en las cavidades abdominal y torácica, con lo cual se produjo el «shock». Igual resultado ha conseguido

usando como agente destructor el cloroformo, porque éste en contacto con las células de los parénquimas las necrosa también.

••

Ahora contando con las pruebas experimentales del Dr. Turck, voy de nuevo á recopilar sucintamente mis ideas sobre la patogenia de los procesos degenerativos de la crisis:

De lo expuesto inferimos que la mayor viscosidad ó coagulación de la sangre y serosidades que determinan la muerte y las afecciones principales en las enfermedades traumáticas, también ocasiona las degeneraciones constitucionales propiamente dichas, esto es, las crasiopatías sin intromisión de agentes extraños, siendo debida la toxemia de estas degeneraciones á los productos venenosos formados autonómicamente en las mismas células en el momento de su muerte y descomposición.

En la actualidad se usa la frase «necrosis celular» para designar la muerte de algunas células interpuestas ó situadas entre otras células que conservan la vitalidad en el mismo órgano ó tejido, pero considero muy preferible el término *meronecrosis* para emplearle en vez de la frase «necrosis celular», y cuando ésta se halla diseminada, esparcida ó dispersa por los sistemas anatómicos que se extienden por todo el cuerpo, como son los sistemas nervioso y circulatorio, denomino á la meronecrosis ó necrosis celular *diaspironecrosis* («diaspiro» significa diseminado ó esparcido). Si se tocan los tejidos vivos con un cáustico diluido para no producir escaras masivas, pero en concentración suficiente para incitar una reacción inflamatoria, se produce primeramente una necrosis celular parcial, esto es, una meronecrosis. Igualmente si se inyecta subcutáneamente  $\frac{1}{4}$  ó 1 c. c. de cloroformo se produce el mismo efecto, y también si se inoculan bacterias patógenas como los bacilos de Koch se determina una meronecrosis primaria. Pero si á consecuencia de vivir largo tiempo en un mal ambiente ó con una alimentación inadecuada, ó con un trabajo desordenado, se llegan á producir degeneraciones orgánicas, como las anemias y las arterioesclerosis, se ha determinado una meronecrosis secundaria ó consecutiva, esto es, una secuela de otras enfermedades.

Por lo tanto, la muerte parcial y discontinua de los órganos ó meronecrosis, puede ser primaria ó secundaria, según que se produzca directamente por la acción inmediata de agentes traumáticos (ya sean tóxicos, ya toxinicos, ya ponzoñosos), ó que se produzca indirectamente á consecuencia de procesos morbíficos que comenzaron sin necrosis. Las meronecrosis incitan una reacción vital, ó, mejor dicho, alteran la vitalidad, ocasionando un proceso morbífico al que aplicaremos la denominación de *meronecrobiosis*. Se diferencia este proceso del gangrenoso, porque en éste hay superposición y en aquél interposición. La meronecrobiosis, lo mismo que la meronecrosis, puede hallarse circunscrita (tópica) ó diseminada y dispersa; á la necrobiosis diseminada le corresponde la denominación de *diaspironecrobiosis*. El



conocimiento íntimo de la necrosis parcial, y, sobre todo, de la necrosis diseminada, ó diaspironcrosis, es de suma importancia por ser la lesión inicial y fundamental de las enfermedades de alguna intensidad y, sobre todo, de las inflamaciones, intoxicaciones, shocks, infecciones y degeneraciones orgánicas. También lo es en las simples crasiopatías en el momento en que sobrevienen reacciones flogísticas, infecciones autógenas ó hipersaprógenas y degeneraciones, pues hay necesariamente meronecrosis. Igualmente siempre que haya supuración, ulceración, tuberculización y esclerosización preexiste necesariamente la meronecrosis. Es decir, los procesos enumerados son procesos necrobióticos.

(Se continuará.)

### Método para la determinación clínica de la tensión parcial del $\text{CO}_2$ alveolar

POR

R. CARRASCO FORMIGUERA

Del Laboratorio de Fisiología de la Universidad de Barcelona.

Es universalmente reconocido el interés que tiene la determinación de la tensión parcial del anhídrido carbónico en el aire intraalveolar en el estudio de la acidosis, tanto en la clínica como en los trabajos experimentales; esta determinación encierra dos problemas: la recolección del aire intraalveolar y el análisis del aire recogido. El primero de estos dos problemas está en realidad todavía por resolver; los procedimientos que se han propuesto para la recolección del aire alveolar se agrupan en dos tipos: 1.º, hacer respirar al sujeto de estudio durante un cierto período de tiempo el aire contenido en un recipiente limitado de paredes elásticas y de capacidad muy pequeña con objeto de conseguir que llegue á equilibrarse la composición del aire contenido en este recipiente con la del aire intraalveolar; 2.º, hacer que el sujeto de estudio en un momento dado y en determinadas condiciones expulse la mayor cantidad posible de aire mediante una espiración forzada, recogiendo muestras del aire así espirado en tubos adecuados. En realidad con ninguno de los procedimientos descritos puede tenerse la seguridad absoluta de que se ha recogido una muestra de aire alveolar; sin embargo, es un hecho que trabajando con las debidas precauciones la composición del aire que se recoge depende de una manera estrecha de la del aire intraalveolar y puede ser considerada como un reflejo muy aproximado de la misma. Los métodos del primer tipo son de ejecución más complicada y más delicada que las del segundo, pero dan también resultados más precisos, y para los trabajos de investigación científica es indispensable recurrir á los mismos; los métodos del segundo tipo, de ejecución más sencilla son perfectamente suficientes para las necesidades de la clínica.

El problema del análisis de la muestra de aire está perfectamente resuelto, siendo el método más preciso

que se conoce el de Haldane (1); éste es el método de elección para todo trabajo de investigación científica, pero resulta algo complicado para su empleo clínico. En mi deseo de hacer fácilmente realizable en la clínica un estudio de tanto interés, he ideado y hecho construir un aparato, cuya descripción es como sigue: un tubo de vidrio de 10 á 15 milímetros de diámetro, provisto de dos espitas de paso ancho (de 5 á 10 milímetros de diámetro) que cierren perfectamente, y con una dilatación en tal forma que la capacidad total de llave á llave sea de unos 115 c. c. de los cuales de 15 á 20 corresponden á la porción estrecha del tubo comprendida entre la dilatación y una de las dos llaves, á la que consideraremos como llave inferior; la porción de tubo que queda por debajo de esta llave inferior debe ser lo más corta posible (de 5 á 10 milímetros); la porción de tubo que queda por encima de la llave superior debe tener una longitud de 2 ó 3 cm. y terminar en forma olivar adecuada para llevar enchufado un tubo de goma; la porción de tubo comprendida entre la dilatación y la llave inferior va graduada en décimas de centímetro cúbico con la numeración correspondiente grabada por centímetros cúbicos y considerando el cero á nivel de la llave superior. Completan el aparato unas piezas de vidrio propias para ser introducidas en la boca á manera de boquilla de trompeta y adaptadas al extremo superior del tubo descrito mediante un tubo de goma lo más corto posible.

He aquí la manera de emplear este aparato: La recolección del aire alveolar puede hacerse por cualquiera de los procedimientos en uso, siendo especialmente recomendables la técnica de Plesch-Higgins tal como la describen Boothby y Peabody (2), entre los métodos del primero de los mencionados tipos, y la técnica de Haldane (3) entre los del segundo tipo; para las necesidades de la clínica es perfectamente suficiente y mucho más sencillo el procedimiento de Fridericia (4) que, adaptado al aparato descrito, consiste en lo siguiente: se adapta al extremo superior del tubo, mediante un tubo de goma corto, una pieza bucal que el sujeto de estudio introduce entre sus labios; estando abiertas las dos llaves del aparato, el sujeto respira unas cuantas veces normal y tranquilamente por la boca á través del tubo; después de una inspiración normal y *sin esperar más ni menos tiempo del que tardaría en iniciar la espiración normal correspondiente*, expulsa rápida y enérgicamente, mediante una espiración forzada, la mayor cantidad posible de aire; como con una espiración forzada se expulsan aproximadamente unos dos litros de aire, con esto se desplaza el aire que contenía el aparato y queda éste ocupado por una muestra de aire, cuya composición, si no es exactamente la misma del aire alveolar, depende estrechamente de la de éste y pue-

(1) HALDANE J. S.: *Methods of Air Analysis*, 1912.

(2) BOOTHBY Y PEABODY: *Arch. Int. Med.*, 1914, **13**, 497, cita de Sellards A. W. "The Principles of Acidosis and Clinical Methods for its study", 1917.

(3) HALDANE: *Loco citato*.

(4) FRIDERICIA: "L. S. Hospital Stidende", 1914, **57**, 595, citado por Poulton, E. P., *British Medical Jour.*, 1915, **2**, 391.



de ser considerada como un reflejo de la misma con una aproximación sobradamente suficiente para la clínica; es claro que para este método de recolección del aire es indispensable que el sujeto de estudio colabore en cierta manera con el operador, y éste no debe aprovechar el aire recogido hasta tanto que haya podido convencerse de que la recolección ha sido bien practicada; debe tenerse un cuidado especial en evitar que la inspiración que precede á la espiración forzada sea más profunda que las ordinarias, así como que la espiración forzada sea precedida de una pausa postinspiratoria que, aun siendo muy corta, de cuatro ó cinco segundos por ejemplo, exceda á la duración cortísima de la pausa postinspiratoria normal. En el mismo momento en que termina la espiración forzada debe cerrarse la llave inferior del aparato, é inmediatamente, antes de que se inicie la inspiración siguiente, y mejor aún, habiendo sido obturada la abertura de la pieza bucal por la lengua del sujeto de estudio convenientemente aleccionado para ello, se cierra también la llave superior. Finalmente, se desenchufa el tubo de goma con la pieza bucal.

Veamos ahora cómo debe practicarse el análisis de la muestra de aire contenida en el tubo, recogida por el procedimiento que acabamos de describir ó por alguno de los antes mencionados. En primer lugar, se deja pasar algún tiempo, unos diez minutos, para que la muestra de aire recogida equilibre su temperatura con la de la habitación ó laboratorio; pasado este tiempo se introduce el tubo en una solución de hidrato potásico al 60 por 100 contenida en un vaso cilíndrico de vidrio de bastante diámetro para que puedan realizarse las manipulaciones que vamos á describir; el tubo debe introducirse verticalmente, y de tal manera que queden sumergidos unos 10 c. c. de la porción graduada; entonces, valiéndose de una varilla de vidrio cuya extremidad ha sido doblada ó recurvada, se abre la llave inferior; en seguida se da vuelta cautelosamente á la llave superior hasta que queda abierto un ligero paso con lo cual sube la solución de potasa por el interior del tubo; un momento antes de que el nivel del líquido en el interior del tubo llegue á enrasar con el nivel exterior se cierra la llave superior, y entonces rápidamente se eleva el tubo lo necesario para que enrasen ambos niveles y se lee en la graduación del tubo la cifra correspondiente, la cual da el volumen del aire que va á ser analizado á la presión y temperatura ambientes; en seguida se saca el tubo del vaso, se deja escurrir y luego se seca, *sin frotar apenas*, la porción que ha estado sumergida con un poco de algodón, y luego, cogiendo el aparato por las dos porciones de tubo que quedan por fuera de las llaves se invierte éste varias veces, durante unos cinco minutos, con objeto de poner en íntimo contacto la potasa con el aire que se analiza; después de dejar el tubo en reposo unos cinco minutos se le introduce de nuevo verticalmente en la potasa de manera que quede completamente sumergida la llave inferior; entonces se abre ésta valiéndose de la varilla de vidrio antes mencionada y se ve que penetra en el tubo una cierta cantidad de la solución de potasa para

ocupar el volumen del anhídrido carbónico que ha desaparecido por haberse combinado con la potasa; se hace que enrasen los niveles interior y exterior del líquido y se lee en la graduación del tubo la cifra correspondiente. La diferencia entre esta lectura y la anterior corresponde al volumen del anhídrido carbónico que contenía la muestra de aire analizada á la presión y temperatura ambientes; conocido este volumen y el volumen total de la muestra de aire analizada en las mismas condiciones de presión y temperatura, volumen que ha sido dado por la primera lectura, fácilmente se puede calcular el tanto por ciento de la presión total del aire analizado que corresponde á la tensión parcial del anhídrido carbónico; si se quiere saber la cifra absoluta de esta tensión parcial no hay más que multiplicar este tanto por ciento por la diferencia entre la presión barométrica en el momento en que se base la observación y la tensión del vapor de agua en 37°5 C. que es 48 milímetros de mercurio; teniendo en cuenta las condiciones barométricas habituales en Barcelona y el grado de precisión que requieren las necesidades de la clínica, puede usarse constantemente el factor 720 el cual, multiplicado por el tanto por ciento obtenido, da con aproximación suficiente la tensión parcial del anhídrido carbónico del aire intraocular en milímetros de mercurio.

La solución de potasa debe conservarse en un frasco bien cerrado con tapón de corcho; cuando deba realizarse un examen se vierte la cantidad necesaria en el vaso correspondiente; es preciso que el vaso conteniendo la solución de potasa se halle en el local donde ha de realizarse el examen lo menos quince minutos antes de empezar la operación, con objeto de que la temperatura de la solución de potasa se equilibre con la temperatura ambiente; una vez terminada la operación, la solución de potasa debe volverse inmediatamente al frasco para evitar un contacto inútil con el anhídrido carbónico de la atmósfera; como se comprende, á medida que es empleada la solución de potasa se va carbonatando y llega un momento en que por este motivo ya no es utilizable.

Desde que se ha recogido la muestra de aire hasta que se ha terminado la operación debe evitarse cuidadosamente el tocar con las manos ninguno de los puntos del espacio comprendido entre las dos llaves del aparato, con objeto de evitar la acción perturbadora del calor irradiado por las manos.

Debo hacer constar que después de haber ideado, hecho construir y dado á conocer el aparato descrito he tenido conocimiento del aparato y método de Fridericia (1), muy semejante, aunque de alguna mayor complicación, al aparato y *modus operandi* que constituyen el objeto de la presente comunicación.

(1) Loco citato.



## Nuevo tratamiento quirúrgico del estrabismo<sup>(1)</sup>

POR EL

DR. B. CASTRESANA

Jeje facultativo del Instituto Oftálmico Nacional.

Profesor de Oftalmología. Agregado de la Facultad de Medicina.

Agudeza visual (lejos) . . . } O. D. = núm. 1.  
O. I. = dedos á 2 metros.  
Agudeza visual (cerca) . . . } O. D. = núm. 1.  
O. I. no percibe el núm. 10.  
Oftalmometría. } O. D. =  $0 + 90 \pm 1,50$ .  
O. I. =  $1,65 + 75 \pm 2,25$ .  
Campo de mirada en el O. I. } Externo  $35^\circ$ .  
Interno  $45^\circ$ .  
Corrección . . . } O. D. + 0,75 cilindro á  $90^\circ$  + 1,25 esférico  
núm. 1 muy bien.  
O. I. + 2 cilindro  $075^\circ$  + 1,25 =  $\frac{2}{3}$   
Ambliopía por exanopsia.

En vista de la gran desviación estrábica que tenía la enferma en el ojo izquierdo le practicamos el avanzamiento muscular con resección externa del recto externo y debilitación del músculo recto interno. Como desviaba también el O. D. le intervenimos en igual forma resecando también el recto externo correspondiente. El resultado obtenido fué excelente, pues conseguimos una corrección estética admirable.

El veinte caso clínico que voy á describir, corresponde á una muchacha de veintiún años, soltera, natural de la provincia de Cáceres. No hay en la familia antecedentes que puedan relacionarse con la afección de la paciente.



Nos refiere, que recuerda haberse visto siempre con la desviación estrábica que padece, sin que pueda precisar la época de su aparición. Hace tres años le diagnosticaron una conjuntivitis tracomatosa, que le han venido tratando hasta la época actual. En el mes último de Abril, se le practicó en el párpado superior del ojo estrábico, la operación del entropión. El O. I. está enormemente desviado hacia dentro. Si le hacemos fijar con este ojo, se desvía también el derecho; se trata por lo tanto de un estrabismo alterante, pronunciadísimo en el ojo izquierdo, cuyo ángulo de desviación llega á  $48^\circ$ . Los medios transparentes se encuentran normales.

gulo de desviación llega á  $48^\circ$ . Los medios transparentes se encuentran normales.

Agudeza visual (lejos) . . . } O. D. =  $\frac{1}{3}$   
O. I. = dedos á 2 metros.  
Agudeza visual (cerca) . . . } O. D. = núm. 2.  
O. I. = núm. 28.  
Oftalmometría. } O. D. =  $-110 + 20 = 2,50$ .  
O. I. =  $-90 + 0 = 3$ .  
Campo de mirada O. D. } Externo  $50^\circ$ .  
Interno  $40^\circ$ .  
Campo de mirada O. I. } Externo  $30^\circ$ .  
Interno  $50^\circ$ .  
O. D. + 0,75 esférico + 2,75 cilindro á  $110^\circ$   
 $V = \frac{2}{3}$   
Corrección . . . } O. I. + 1 esférico + 3 cilindro á  $90^\circ$  ve con  
más claridad.  
Ambliopía exanóptica.

Sometimos á la enferma al doble avanzamiento muscular, con resección de 12 milímetros del mús-



culo recto externo del ojo derecho y 10 el izquierdo con debilitación de los músculos antagonistas. El resultado fué francamente positivo consiguiendo una corrección estética altamente satisfactoria como puede verse en la fotografía comparativa.

Con el núm. 21, recogimos la observación siguiente: Muchacha de diez y seis años, con antecedentes meningíticos, que recibió un traumatismo en el ojo derecho en el que presenta un estrabismo divergente. Observa el globo ocular ligeramente enoftálmico con relación á su congénere.

Agudeza visual (lejos) . . . } O. D. dedos á 30 centímetros.  
O. I. = núm. 1 difícil.  
Agudeza visual (cerca) . . . } O. D. = 0.  
O. I. = núm. 1 difícil.  
Corrección . . . } O. D. No corrige.  
O. I. + 0,50 esférico - 0,75 cilindro á  $180^\circ$   
= núm. 1 correctamente.  
Campo de mirada O. D. } Excursión interna  $30^\circ$ .  
O. I. } Idem externa  $55^\circ$ .  
Ángulo de desviación  $45^\circ$ .

En esta enferma practicamos la tenotomía del recto externo, con desbridamiento de Parinaud y el avanzamiento y resección del interno. Nos pareció en este caso clínico excepcional, más conveniente la tenotomía, para propulsar hacia delante el globo ocular, y no hicimos debilitación del antago-



nista, como acostumbramos, porque en esta enfermedad hacía falta provocar una ligera exoftalmía, que remediase el hundimiento anormal que tenía el ojo en su colocación orbitaria. El resultado operatorio obtenido nos hizo apreciar el acierto que tuvimos al elegir la forma de intervención. No conservamos cliché de esta enferma.

La observación clínica 22 se refiere a un joven de veintiún años de edad, natural de la provincia de Avila, con un estrabismo interno alternante,



más pronunciado en el ojo izquierdo. La desviación ocular se remonta a su nacimiento.

Angulo estrábico . . . . .	O. D. = 35°.
	O. I. = 55°.
Agudeza visual (lejos) . . . . .	O. D. = núm. 1 difícil.
	O. I. = $\frac{1}{10}$
Agudeza visual (cerca) . . . . .	O. D. = núm. 1.
	O. I. = núm. 10.
Campo de mirada . . . . .	O. D. Normal.
	O. I. { Externo 40°.
	{ Interno 50°.
Corrección . . . . .	O. I. + 1 esférico + 2,50 cilindro á 90° V
	= $\frac{1}{2}$

La intervención quirúrgica consistió en el doble



avanzamiento, resección de los rectos externos con debilitación de los músculos antagonistas y sutura romboidal. El resultado no puede ser mas brillante como se observa en la fotografía comparada.

El enfermo que ocupa en la estadística el número 23 es un hombre de treinta y seis años, natu-

ral de Alicante, que padece de un estrabismo interno alternante, más pronunciado en el ojo derecho. Dice el paciente que siendo niño tuvo el ojo



inflamado, apreciándose en la actualidad, á la luz oblicua, un nefalión en la región pupilar.

Agudeza visual (lejana) . . . . .	O. D. = dedos á 2 metros.
	O. I. = núm. 1.
Agudeza visual (cerca) . . . . .	O. D. = No ve letras del núm. 10.
	O. I. = núm. 1.
Angulo estrábico 40°.	

Se le practica la operación con un fin estético



que se consigue perfectamente con el procedimiento operatorio consignado en otros enfermos.

La observación clínica núm. 24 se refiere á una



joven de veintiún años, de la provincia de Madrid, cuyo estrabismo, según cree la enferma, data desde



su niñez, en el ojo izquierdo, coincidiendo con un coloboma situado en la parte inferior del iris.

Angulo de desviación 55°.

Agudeza visual (lejana). . . . . { O. D. = núm. 1.  
O. I. =  $\frac{1}{6}$

Agudeza visual (próxima). . . . . { O. D. = núm. 1.  
O. I. = núm. 8.

Amplitud de mirada . . . { O. D. { Excursión interna 50°.  
Idem externa 45°.

Campo de mirada . . . { O. I. { Excursión interna 60°.  
Idem externa 30°.

Corrección . . . . . { O. D. + 0,25 cilindro 90°.  
O. I. + 1 esférico + 0,50 á 90° =  $\frac{1}{2}$



Se consigue la corrección del estrabismo practicándole el procedimiento quirúrgico que denominamos ideal.

El último caso que voy á exponer, por no hacer



más extenso el historial clínico, es el de una muchacha de veintitrés años con estrabismo convergente



cha de veintitrés años con estrabismo convergente

y superior del ojo derecho, y muy ligero en el izquierdo (10° de desviación); como antecedentes manifiesta la enferma que padeció una infección cuando tenía quince años y desde aquella fecha viene extraviando el ojo, con pérdida de visión. Examinado á luz oblicua se observa la existencia de un albugo en el campo pupilar.

Angulo de desviación 45°.

Agudeza visual (lejos). . . { O. D. dedos á 1 metro.  
O. I. =  $\frac{1}{3}$

Agudeza visual (cerca). . . { O. D. = 0.  
O. I. = núm. 2.

Oftalmometría . . . . . { O. D. - 20 + 110 = 3 dioptrías.  
O. I. - 0 + 90 = 1 dioptría.

Con - 2 cilindros á 20° en el O. D., y - 1 cilindro á 0° en el ojo izquierdo, gana en visión, pero poca cantidad, porque existe también en el ojo izquierdo un ligero nefelión.

Campo de mirada . . . . . { O. D. { Excursión interna 60°.  
Idem externa 45°.

Campo de mirada . . . . . { O. I. Normal.

Después de operada, excursión externa en el O. D. = 55°.

Como el estrabismo de esta enferma era supero-interno, combinamos nuestro procedimiento con un ligero desbride en la parte superior, procurando dar al punto inferior de la sutura romboidal, una desviación más acentuada, para que ejerciera un efecto mayor hacia abajo del globo ocular, con lo que pudimos conseguir un perfecto enderezamiento del ojo extraviado como puede verse en el fotograbado comparativo.

A los 25 casos clínicos que dejo expuestos podría añadir otros más, que dan una suma de ochenta enfermos sometidos á este nuevo procedimiento quirúrgico con feliz éxito. En varios se llegó á la curación verdadera del estrabismo, es decir, á la visión binocular, y en todos á la corrección estética de la desviación ocular con gran perfección.

Nadie ignora que tanto la tenotomía, como los desbridamientos de Parinaud, el plegamiento del músculo, los avances musculares ó capsulares y la resección del mismo músculo producen en los primeros momentos de ser practicados, el enderezamiento del globo ocular, pero todos sabemos también que el efecto conseguido en los primeros momentos después de la operación *se desvirtúa á medida que pasa el tiempo*, volviendo más tarde á presentarse de nuevo el estrabismo, aun en aquellos casos en los que se hizo una corrección óptica adecuada á su vicio de refracción.

Los estrábicos operados por el procedimiento que conceptúo ideal, han sido observados después de haber transcurrido uno y dos años de la operación, y en ellos hemos podido apreciar que no ha desaparecido el efecto corrector que conseguimos



en el primer momento de la intervención, sino que ha persistido, y aun mejorado con el transcurso del tiempo.

La persistencia del enderezamiento ocular depende, á mi juicio, del doble avanzamiento con resección muscular, de la *sutura en rombo*, que practicamos en nuestra intervención, y de la *debilitación del músculo antagonista*. Después de haber acortado el músculo, producimos mediante la sutura unas adherencias sumamente fuertes entre la cápsula, el músculo y la esclerótica, base fundamental, para que el globo ocular no vuelva á adquirir la posición viciosa que tenía. En virtud de la debilitación muscular, la desviación estrábica pierde energía potencial y se realizan con más amplitud los movimientos oculares de lateralidad. El equilibrio muscular, que se encuentra anulado, entorpecido y siempre dificultado con la tenotomía que se practica en los distintos procedimientos propuestos para combatir el estrabismo, se favorece también, como asimismo la convergencia, punto capital que no hemos de perder de vista cuando queramos conseguir la verdadera curación estrábica. A los enfermos operados les hemos reconocido la dirección de los ejes visuales, haciéndoles mirar á un objeto distanciado cinco metros, siguiendo el procedimiento recomendado por Javal y Landolt. De las exploraciones verificadas resulta que en la mayor parte de ellos la dirección de los ejes visuales ha sido casi paralela después de la intervención, y en aquellos que no llegamos á la corrección exacta, la desviación resultante no excedía de unos tres milímetros, cantidad imperceptible de reconocer á la simple mirada.

En los enfermos que se han presentado en la clínica, después de haber transcurrido varios meses de la operación hemos podido observar que no sólo persistía la corrección estética que se obtuvo desde el primer momento, sino que había mejorado en ellos notablemente el equilibrio muscular relativo á la convergencia. Muchos de los operados no han vuelto aún por la consulta, porque el estrábico, una vez conseguida su corrección estética, queda altamente satisfecho del resultado operatorio, y no vuelve por la clínica, de no presentársele en sus ojos algún proceso morbozo nuevo.

Lo primero que hemos buscado en todos los estrábitos ha sido el resultado estético y después la visión binocular; pero haremos constar que pocos de los operados en la clínica general han querido someterse á un tratamiento ortóptico serio, y lo único que hemos conseguido, y no en todos, es que lleven una corrección óptica adecuada á su ametropía. No podemos negar que el restablecimiento de la visión binocular es difícil y casi imposible conseguir cuando la agudeza visual del ojo desviado se encuentra

muy disminuída, porque es muy débil la aptitud á la fusión de las imágenes, y hay siempre una tendencia muy marcada á la neutralización del ojo desviado, como dice Giraud. Esto ocurre muy frecuentemente en los estrabismos monolaterales, de los que hemos operado pocos casos.

En la variedad del estrabismo alternante, es más fácil conseguir la visión binocular, cuando no hay una diferencia muy grande entre la refracción de los dos ojos, pero si existe, las dificultades se acrecientan en extremo.

Es cierto que en los operados particulares, más susceptibles á nuestros consejos y con más tiempo disponibles que los enfermos del hospital, se obtiene muchas veces la percepción simultánea, la fusión de las dos imágenes, la visión binocular, es decir, la verdadera curación del estrabismo; pero para llegar á ella, es preciso aplicar la técnica operatoria que dejo indicada, someter los enfermos operados por espacio de largo tiempo á los ejercicios ortópticos aconsejados por todos los autores, y prescribirles los cristales correctores adecuados á su vicio de refracción.

A los operados que no tengan en el ojo desviado más que una ambliopía exanóptica, además de los vidrios correctores de su anisotropía, les hemos aconsejado el empleo de los medios ortópticos para conseguir la visión binocular, y casi todos exceptuando tres casos, dos de ellos particulares, no los han empleado. Es muy raro encontrar un enfermo de la clínica hospitalaria que tenga fuerza de voluntad para seguir constantemente después de operado, los ejercicios de la visión simultánea, la binocular, la esteroscópica y la lectura comprobada.

El caso que el ilustre Dr. Márquez presentó á la Sociedad Oftalmológica de Madrid, operado por el procedimiento de Lag leize, y en el que obtuvo la visión binocular, aplicándole los medios ortópticos, por espacio de cierto tiempo, es realmente excepcional. Generalmente los enfermos estrábitos, corregido su defecto, abandonan seguidamente la clínica, porque necesitan el tiempo para ganarse la vida.

¿Cómo podría evitarse la intervención quirúrgica en el estrabismo? En muchos casos previniendo el desarrollo de la enfermedad, para lo que es necesario tratarlo convenientemente cuando se inicia, porque hemos de advertir que el tratamiento quirúrgico no produce siempre la curación verdadera del estrabismo. Es, por lo tanto, de un valor terapéutico inferior á los medios ópticos y ortópticos.

Los primeros corrigen los vicios de refracción del aparato dióptrico, ó lo que es lo mismo, evitan las causas que predisponen al estrabismo, y los segundos educando la visión binocular contribuyen



poderosamente á remediar el defecto de la facultad de fusión, de donde resulta, en realidad, que el enderezamiento ocular mediante la intervención quirúrgica, no es más que un auxiliar de los medios funcionales cuando buscamos la curación verdadera del estrábico.

Si el estrabismo es un vicio de desarrollo de la visión binocular, que se favorece por causas locales, se comprende fácilmente que el empleo de los llamados medios funcionales debe establecerse desde el momento que se inicia el estrabismo en la niñez. Es preciso educar á los padres para que salgan de su indiferencia injustificable, esperando una curación espontánea que nunca llega, y es necesario convencer á las madres de que es imprescindible hacer cuanto sea posible para que los niños lleven cristales correctores de su vicio de refracción, aun cuando sean antiestéticos.

Si los padres abandonan á sus hijos en la niñez, las modificaciones que se realizan en el aparato de la visión binocular son cada vez más profundas, y cuando son ya crecidos, la corrección óptica y el tratamiento ortóptico darán un resultado poco satisfactorio, teniendo necesidad de asociarlo al tratamiento quirúrgico.

La intervención operatoria no está justificada en los niños pequeños de dos á siete años. En esta edad limitaremos nuestro tratamiento á una corrección óptica bien hecha, á la atropinación y al empleo de los ejercicios ortópticos desde el momento que lo permita la inteligencia del niño, con lo que se consigue muchas veces desarrollar la facultad de la fusión, manteniendo el equilibrio monocular. Estos ejercicios los hará el niño lo antes posible con el amblioscopia Worth, instrumento el más á propósito para el niño porque le divierte, al mismo tiempo que le hace desarrollar el sentido de la fusión.

Cuando los padres han abandonado al enfermito, en los primeros tiempos de presentarse la enfermedad, y el estrabismo se ha hecho permanente con marcada ambliopía del ojo desviado, es preciso mejorar la agudeza visual de éste, corrigiendo la anisotropía y atropinizando el ojo fijador. Desde el momento que el ojo ambliope trabaja diariamente, mejora su agudeza de una manera rápida, y en poco tiempo nos encontramos en condiciones de practicar con fruto ejercicios de visión simultánea y binocular, con el amblioscopia y el esteroscopio.

El mismo adolescente, que sabe leer, debe someterse á los medios funcionales que dejo indicados y además hará diariamente sesiones de visión binocular ayudado del diplóscopo de Remy, alternando los ejercicios eteroscópicos con cartones divertidos. El uso del esteroscopio, dice Onfray, es

muy útil, después de hacer uso del diplóscopo «para relajar activamente la convergencia, fortificar el sentido de la fusión y producir la sensación de relieve»; los ejercicios ortópticos deberán terminarse con sesiones de visión binocular sin instrumento, mediante la lectura comprobada. El estrábico debe trabajar constantemente por extender su campo de visión binocular, y fortificar sin descanso la aptitud adquirida de fusionar la doble imagen, para lo que es preciso que ejerzamos sobre él una especie de sugestión y no abandone el tratamiento.

Aun cuando no llegamos al enderezamiento del globo ocular, la aptitud á la fusión de las imágenes que hayamos conseguido por medio de los ejercicios funcionales, contribuirá poderosamente á la curación verdadera del estrabismo cuando tengamos necesidad de intervenir quirúrgicamente.

Si á pesar de haber empleado todos los medios llamados funcionales, el niño llega á los doce ó catorce años sin haber conseguido la visión más que en ciertas posiciones de la mirada y sin haber corregido más que de una manera incompleta su desviación, debemos aconsejarle la intervención quirúrgica, que aplicaremos sobre los dos ojos, con el fin de obtener su curación verdadera.

La técnica quirúrgica que apliquemos ha de variar necesariamente según el grado de desviación estrábica que tenga el enfermo. Si ésta es débil, inferior á 14°, es suficiente el doble avance muscular indirecto con pequeña resección tendinosa y la sutura en rombo, para que podamos conseguir fácilmente la corrección del estrabismo. Cuando el ángulo de desviación alcanza de 18 á 20°, será preciso además del avance, la resección muscular más extensa en la forma indicada anteriormente, y por último, para las desviaciones más elevadas hasta cuarenta y tantos grados, asociaremos al avance y resección, la debilitación de los músculos antagonistas, rectos, internos ó externos, según sea el estrabismo convergente ó divergente, practicando en todos los casos la sutura romboidal.

No olvidaremos en la técnica operatoria un detalle que, á mi juicio, tiene mucha importancia; me refiero á que no debemos quitar los hilos de sutura mientras no pasen ocho días después de la intervención para que las adherencias de los tejidos puestos en contacto durante el acto operatorio se consoliden completamente antes de separar los hilos. Es necesario también recordar el beneficio que reporta la atropinización de los dos ojos para relajar la convergencia, el empleo inmediato de los ejercicios ortópticos, mediante el diplóscopo, el esteroscopio y los ejercicios de visión binocular sin instrumentos, en el último período. Mediante estos recursos, podemos en muchos casos, si el enfermo dispone de



tiempo y paciencia, llegar á la verdadera curación del estrabismo.

Decimos al hablar de la intervención quirúrgica, que debe aplicarse sobre los dos ojos, y así debe ser en efecto, cuando buscamos la curación verdadera; pero en aquellos casos en los que el enfermo no desee recobrar su visión binocular, ó se trate de una muchacha joven, que bajo ningún concepto ha de llevar puestos sus vidrios correctores, para no afeár su belleza, estamos autorizados á practicar una intervención monocular y hasta la tenotomía *prudente*, operación que hemos de rechazar en la mayoría de los casos, por las razones que hemos consignado al hablar de la técnica quirúrgica del estrabismo.

De cuanto llevo expuesto se deducen los siguientes corolarios:

El estudio de la técnica operatoria del estrabismo, es uno de los capítulos de nuestra especialidad que menos ha progresado en España, hasta la época actual, lo que se debe á la escasez de material clínico humano para intervenir quirúrgicamente, y no al prejuicio religioso, como opina algún ilustre colega extranjero.

Las intervenciones quirúrgicas del estrabismo son diversas, según dejamos consignado. La mayor parte de los autores emplean una técnica que se diferencia de la general, en detalles más ó menos importantes, sin que tengamos hasta la fecha una que sea aceptada como procedimiento ideal por todos los operadores.

La tenotomía, el acortamiento muscular, el avanzamiento muscular, el avance capsular, cápsulomuscular, el muscular simple, ó con resección de mayor ó menor parte del músculo, y la miectomía, son los distintos procedimientos que aisladamente, ó combinados con la tenotomía del músculo antagonista, se vienen aconsejando indistintamente según la variedad y mayor ó menor grado de desviación que tenga el enfermo estrábico, lo que demuestra la falta de un procedimiento quirúrgico que pueda aplicarse con las variantes consiguientes, en todos los casos de estrabismo que se nos presenten.

La tenotomía, operación indosificable, de efectos variables, inseguros y perniciosos siempre para la convergencia, debe abandonarse casi por completo, practicándose solamente en algún caso muy excepcional, porque puede producir á larga fecha la retracción del pliegue semilunar de la carúncula, desviaciones secundarias, paresia muscular y dificultades en la visión binocular.

El avanzamiento muscular, ó el acortamiento del músculo, que aconsejan practicar algunos autores unilateralmente, es insuficiente en la mayoría de los estrábitos, si no se combina con la tenotomía, en cuyo caso la intervención adolece de los defectos

de esta operación. Lo mismo ocurre con los desbridamientos capsulares, el avanzamiento muscular sencillo monocular asociado con la resección del músculo.

Son procedimientos operatorios insuficientes por sí solos para corregir los diversos grados de una desviación estrábica pronunciada.

El doble avanzamiento muscular sencillo *indirecto* ó con resección de cierta cantidad de músculo, siempre asociado á la *sutura romboidal* y combinado con la *debilitación de los músculos antagonistas* cuando la desviación estrábica es pronunciada, me parece el tratamiento quirúrgico ideal del estrabismo en la actualidad.

Las desviaciones estrábricas de poca intensidad se corrigen con el doble avanzamiento sencillo indirecto, pequeña resección tendinosa y la sutura en forma romboidal. En los grados fuertes de estrabismo es preciso añadir, además, la resección muscular en mayor ó menor extensión, y la debilitación de los músculos antagonistas.

Con este tratamiento quirúrgico, la corrección estética conseguida desde el primer momento persiste y mejora en el porvenir al restablecerse el equilibrio muscular, lo que no ocurre generalmente con otros procedimientos.

Es la operación más racional para que se normalicen paulatinamente las excursiones del globo ocular y para que la visión binocular se restablezca en todos aquellos casos que lo permita su agudeza visual.

Los operados deben someterse á la corrección óptica y al tratamiento ortóptico consecutivo, como en los demás procedimientos operatorios.

## BIBLIOGRAFIA

DR. JOSÉ MARÍA ROSELL — *Nuevos puntos de vista sobre fisiopatología y terapéutica intestinales, basados en estudios coprológicos* — Las fermentaciones y putrefacciones intestinales. — Su génesis en las diferentes enteropatías bajo las alimentaciones no apropiadas. — Su influencia patogénica en las enfermedades de los intestinos, diarreas, etc. — Origen y naturaleza de las putrefacciones intestinales. — Crítica de las doctrinas de autointoxicación intestinal. — Barcelona, 1919.

El mayor motivo de interés en los libros de doctrina es siempre la originalidad; y acrece aquél al máximun, cuando la de lo que se expone nace por consecuencia de investigaciones personales con valor suficiente y éstas son en el número preciso para hacer firmes los resultados.

Estas condiciones se encuentran cumplidas exactamente en el libro del Dr. Rosell y de aquí su gran interés científico.

Para poderlo realizar ha aprovechado circunstancias excepcionales: La de haber sido médico ayudante del departamento de Medicina interna en los hospitales de Thionville (Lorena) y en el Instituto para enfermedades tropicales de Hamburgo, durante los años 1910 y 1911, con actuación constante en el laboratorio; en el primero, con cargo de jefe.

Esto le ha permitido acopio de material numeroso.



A él sumó más tarde el obtenido por más de dos mil análisis coprológicos, llevados á cabo en seis años de práctica privada, dirigida principalmente sobre enfermedades del aparato digestivo.

Avalora el resultado de estos estudios haber sido realizados de modo sistemático, con el fin de llevar á cabo investigaciones que permitieran llegar á juicios personales, sobre puntos de fisiopatología digestiva, muy necesitados de estudio.

Y esto da motivos de estimación á la doctrina deducida.

Hace aún más interesante á este libro el hallarse las afirmaciones obtenidas como consecuencia de las investigaciones, en disparidad con conocimientos que se tienen por básicos y sancionados.

Su presentación es, además, espléndida; hecho también meritorio en las dificultades actuales de publicidad.

La obra está dedicada al Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo, primer mentor del autor en las Universidades alemanas, y á la memoria del ilustre profesor Senator, como interno y discípulo agradecido en reconocimiento á su iniciativa y primeras orientaciones.

A esta obra valiosa han de seguir bien pronto otras del mismo autor, en que seguramente aparecerán vencidas algunas dificultades de forma y expresión; y si vienen, como es de esperar, tan repletas de doctrina individual, los médicos españoles nos complaceremos en la satisfacción de consagrar como maestro con personalidad propia en patología intestinal, parte de la medicina y de la práctica tan llena de deficiencias y escollos, á quien surge al conocimiento general con derecho á ello.

R. LUIS Y YAGÜE.

Madrid, Junio, 1919.

## Periódicos médicos.

### CIRUGÍA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Pasta de bismuto en cirugía de guerra, por el doctor Emilio G. Beck, de Chicago.**—El autor señala las indicaciones de su método y los defectos de técnica que le hacen fracasar, los cuales resumimos del siguiente modo.

Errores de técnica:

- 1) El método á veces se emplea á ciegas sin comprobación radiográfica.
- 2) La mezcla se inyecta sin hallarse lo bastante fluida para llenar todos los resquicios de las cavidades supurantes.
- 3) El bismuto se aplica en casos en los cuales hay un sequestro ó un cuerpo extraño infectado que es causa del trastorno.
- 4) La inyecciones se conservan á veces después de que la herida se ha esterilizado, y de esta manera no se da lugar á la cicatrización.
- 5) Los instrumentos empleados á menudo son improvisados é insuficientes.
- 6) La pasta de bismuto muy á menudo está impurificada por mezclarse accidentalmente con algunas gotas de agua (las jeringas tienen que estar completamente secas cuando se empleen).

No se pueden esperar buenos resultados del método cuando por técnica defectuosa no ha llegado la pasta del bismuto hasta el foco que origina la lesión toda.

Indicaciones:

- a) Todas las cavidades que resultan de supuraciones crónicas articulares, tuberculosas ó nó. Aquí están incluídas es-

pecialmente las cavidades consecutivas á espondilitis ó lesiones de la articulación de la cadera.

b) Cavidades consecutivas á osteomielitis de los huesos largos y planos, incluso las costillas.

c) Las cavidades resultantes de la supuración de los órganos parenquimatosos como los riñones y otras glándulas, incluyendo las adenitis tuberculosas supuradas.

d) Cavidades postoperatorias que quedan algunas veces después del desagüe de heridas infectadas.

e) Cavidades consecutivas á empiemas de la pleura ó á abscesos pulmonares.

f) En casos de abscesos y supuración de la glándula mamaria.

g) En todas las heridas infectadas debidas á aplastamientos.

h) En las heridas supuradas de guerra, debidas á Shrapnel ó bayoneta.

i) En fístulas rectales ó abscesos pararectales.

j) Por los otorrinolaringólogos en el tratamiento de lesiones supuradas del antro y senos accesorios, así como en el de las operaciones sobre la mastoides.

k) Por los dentistas en las cavidades supurantes alrededor de los dientes en las mandíbulas y en la piorrea alveolar.

l) También se ha empleado en endometritis crónicas.

m) Como preventivo de cavidades al incindir abscesos fríos, inyectando en ellos pasta de bismuto al 5 por 100.

Sumario.

Para asegurar el éxito de la pasta de bismuto los puntos esenciales son los siguientes:

- 1.º Hay que hacer un diagnóstico correcto por todos los medios de que se disponga corroborándole con radiografías estereoscópicas antes de practicar la inyección.
- 2.º Antes de ensayar este método debe el cirujano ponerse bien al corriente de la técnica del mismo.
- 3.º Deben ser empleados instrumentos á propósito para realizar la técnica correctamente.
- 4.º El enfermo debe permanecer en observación constante para evitar la intoxicación bismútica.
- 5.º Antes de la primera inyección hay que examinar las secreciones de las cavidades por frotis, cultivo, y en algunas ocasiones inyección al cobaya; luego á los tres días se probará el efecto esterilizante de la inyección.
- 6.º Mientras las cavidades contengan microorganismos deben ser reinyectadas, pero no así en cuanto se hallen estériles.
- 7.º Conviene aguardar por lo menos una semana después de la primera inyección para repetirla entonces.
- 8.º La radiografía estereoscópica debe servirnos cuando se practica antes de la primera inyección para investigar la presencia de un cuerpo extraño, porque la pasta bismútica puede hacerle imperceptible.
- 9.º Después de la inyección se hará otra radiografía estereoscópica, para hacer un diagnóstico anatómico correcto.
- 10.º En caso de que haya cuerpo extraño ó sequestro, la inyección es inútil; sólo la operación está indicada.
- 11.º Los procesos supurados agudos no deben ser tratados por la pasta de bismuto; solamente las supuraciones crónicas, sean ó no tuberculosas.
- 12.º La intoxicación bismútica puede ser fácilmente evitada, empleando cortas cantidades, ó cuando se empleen grandes no se retendrán más de diez días y el enfermo será vigilado cuidadosamente.
- 13.º Las fístulas fecales y otras cavidades postoperatorias son influidas muy favorablemente por el tratamiento con la pasta bismútica.



14. En los abscesos fríos se puede emplear una pasta de bismuto y vaselina al 10 por 100. En todos los casos la infección secundaria puede ser prevenida, con tal de que la técnica sea seguida rigurosamente. (*Minnesota Medicine*, Mayo de 1919.)

### TERAPEUTICA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Efecto de las inyecciones de plasma humano en la gripe y algunos otros estados patológicos, Lesné, Brodin y Saint Girons.**—Artículo destinado a dar a conocer los resultados obtenidos con la inyección de sueros citratados.

Para obtenerlo se coloca en un matraz de 500 c. c., 10 centímetros cúbicos de solución de citrato de sosa al 200 por 1.000. Se cierra el matraz con un tapón de algodón atravesado por un tubo grueso de vidrio, cerrado a su vez con otro algodón. Se esteriliza al autoclave. La sangre se extrae de una vena del pliegue del codo, con una aguja de grueso calibre, y se recoge directamente en el tubo de vidrio removiendo para que se mezcle bien con el citrato. Se dejan posar los elementos formes, y el plasma que sobrenada, recogido con todos los cuidados de asepsia, es el que se emplea.

Han probado plasmas de personas sanas, de convalecientes de gripe, de tifoidea y de los mismos enfermos (autosueros). Los resultados obtenidos han sido idénticos fuera cual fuera la clase de plasma empleado.

Las inyecciones no producen ningún efecto nocivo importante, pero sí con gran frecuencia fuertes reacciones generales.

En lo que se refiere a los efectos terapéuticos, es variable el resultado obtenido. En algunos casos desde la primera inyección y pasada la reacción febril, la temperatura desciende para no subir más; en otros la remisión es más ó menos pronunciada, pero poco durable.

Por la igualdad de acción de los sueros, sean obtenidos de individuos normales ó enfermos, los autores creen que su manera de actuar no tiene nada de específico y que depende más bien de su acción como albúmina extraña, aun en el caso del autosuero, pues éste sufre grandes modificaciones en el medio externo. (*La Presse Medicale*, 7 de Abril de 1919).

2. **Tratamiento médico de las afecciones de la vejiga de la bilis.**—En el *Southern Medical Journal of Birmingham*, núm. 1.º de 1919, Nile ha encontrado muy útil, en los casos de estreñimiento ó deposiciones irregulares, la siguiente combinación: Extracto fluido de sen, 9 ½ gramos. Extracto fluido aromático de cáscara sagrada, 9 ½ gramos. Extracto fluido de podofino, 5 ½ gramos. Tartrato sódico y potásico, 9 ½ gramos. Jarabe simple, 28 gramos. Una cucharada de las de café por la mañana y otra por la noche si se necesita. Para la flatulencia gástrica, Nile recomienda la siguiente prescripción carminativa: Espíritu de lavanda compuesto, 8 gramos. Sulfocarbato de cinc, 75 centigramos. Magma de magnesia, 75 gramos. Agua, cantidad suficiente para hacer 120 gramos. Se toma una cucharada de café después de cada comida y se repite cuantas veces lo exige la abundancia de gases. Para los síntomas tóxicos generales debidos probablemente a la falta de una bilis normal en el intestino, ha empleado con satisfacción pequeñas dosis de protoyoduro de mercurio de 5 á 20 miligramos tres veces al día. A veces, esta medicina produce calambres del estómago ó dolores intestinales de tal modo, que la dosis debe ser reducida y en algunas ocasiones los dientes se hacen demasiado sensibles. Como desinfectante biliar, Nile ha empleado las siguientes cápsulas: Succinato sódico, 5 gramos. Salicilato sódico, 5 gramos. Glicocolato sódico, 2 gramos. Taurocolato sódico, 2 gramos. Divídanse entre 60 cápsulas y tómense dos cápsulas tres veces al día, hora y media después de las co-

midas con un vaso de agua. Si no satisfacen las cápsulas deben emplearse los mismos ingredientes en un elixir al cual deben añadir, además de las sustancias empleadas, espíritu compuesto de lavanda ó caramelo. La combinación de bacterias polivalentes puede ser alguna vez eficaz.

Si las secreciones gástricas disminuyen de manera considerable y el duodeno se irrita, originando diarreas, las preparaciones pancreáticas, licor pancreático unido á álcalis, son útiles. Para el picor tan desagradable, las abluciones con vinagre diluido, jugo de limón, espíritu de mentol ó de fenol. Puede espolvorearse también con polvo de alcanfor, 5 gramos. Óxido de zinc, 15 gramos. Almidón, 30 gramos. La dieta debe estar libre de sustancias irritantes y componerse principalmente de hidratos de carbono. Pueden tolerarse algunas grasas fácilmente emulsionables, como la manteca y la leche. No deben darse otras grasas neutras en ausencia de la secreción normal de la bilis. Tampoco es conveniente permitir mucha carne porque pueden desarrollarse procesos de putrefacción intestinal demasiado intensos. Frutas menos su contenido demasiado duro ó leñoso son muy útiles. Las comidas deben ser poco abundantes en cantidad y frecuentes y debe soportarse en todo lo posible la nutrición general. La hidroterapia, si es administrada de manera inteligente, es un buen auxiliar.—P. M.

### TOXICOLOGIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **La intoxicación por el subnitrito de bismuto, por el Dr. Raul F. Vaccarezza.**—El autor ha hecho estudios muy detenidos sobre la toxicidad de esta sustancia tanto en uso interno como externo, y establece las siguientes conclusiones:

El subnitrito de bismuto puro es capaz de producir dos clases de accidentes tóxicos. En algunos casos (intoxicación de origen externo y forma lenta de la de origen interno) determina lesiones bucales, renales y gastrointestinales dependientes de la acción directa del metal, absorbido por la economía bajo forma de albuminato soluble. En otras circunstancias (forma aguda de la intoxicación de origen interno) provoca graves y rápidos fenómenos de cianosis, colapso y metahemoglobinemia, debidos á la absorción de nitritos elaborados en el intestino por acción de la flora microbiana sobre el subnitrito.

En uso externo será usado con prudencia, no inyectando nunca dosis mayores á 30 c. c. de la pasta de Beck al 10 por 100. En las fistulas torácicas, abdominales y articulares, lo mismo que en la práctica infantil, conviene abstenerse.

En terapéutica gastrointestinal no debe prescribirse, en el adulto, arriba de 20 gramos de subnitrito por día, teniendo especial cuidado con los enfermos que por una causa cualquiera retengan excesivamente el medicamento en el intestino y hagan así posible su acumulación. En los niños, aun procediendo con dosis proporcionales, hay que tener suma cautela, á causa que su flora intestinal parece favorecer la transformación del subnitrito en nitritos.

En radiología digestiva no se lo empleará por ningún motivo y en ninguna forma, siendo sustituido por el carbonato de bismuto ó por el sulfato de bario. El primero debe ser puro, preparado por casas de autoridad reconocida «para uso radiológico». El sulfato de bario es el agente de contraste preferido hoy día por estar desprovisto de toda acción tóxica, siempre que sea bien puro, «para uso interno radiológico». En todos los casos está indicado apresurar la evacuación de la sustancia opaca por medio de enemas, purgantes ó lavajes gástricos. (*Semana Médica de Buenos Aires*, 10 de Abril de 1919).



# EL SIGLO MÉDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL:

*La función sanitaria es función 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.

Exigua mención.—El banquete á los periodistas médicos políticos.

Nadie puede negar, aun en medio del tráfago de impresionismo, de plataformismo estudiado y de escepticismo barato, con que es moda revestir las insuficiencias personales y disfrazar los descontentos de las pretensiones desproporcionadas y no satisfechas; nadie puede negar que durante el último año la campaña realizada con objeto de atraer la atención de los Poderes públicos y de la opinión general sobre los asuntos sanitarios, ha sido más intensa que nunca. Las reuniones, conferencias y mitins celebrados por oradores de renombre, la constante campaña de la prensa profesional, las Asambleas celebradas en todas partes, las interpellaciones en las Cámaras, las preguntas, ruegos y excitaciones á los ministros, las declaraciones de éstos, sus promesas más ó menos explícitas, todos estos son síntomas reveladores de la necesidad sentida (¡ya era tiempo!) y de la obligación reconocida de poner remedio á un mal que es sin duda el más apremiante, el más intenso y el más amenazador de cuantos vienen afligiendo á la vida nacional.

Después de esto; después de las declaraciones hechas por Gobiernos anteriores, principalmente por el presidido por el señor marqués de Alhucemas, quien decía estar tan resuelto á emprender las reformas que le parecía procedimiento lento el de dar por un solo artículo carácter de ley á la Instrucción de Sanidad; después de todo esto, decíamos, era de esperar que un nuevo Gobierno, y más un Gobierno presidido por el Sr. Maura, hiciese en el discurso que para abrir las Cortes pone en labios del Rey, declaración más explícita que la que le ha merecido la cuestión sanitaria; declaración siquiera proporcionalmente igual en importancia á la que le han inspirado las necesidades del ramo de guerra ó la reforma judicial. No ha sido así; aun englobando por razones de afinidad otras promesas formuladas, he aquí todo lo que con vistas á la Sanidad se dice en el discurso de la Corona:

«Instituir servicios de asistencia pública, dar mayor eficacia á los sanitarios y acometer el empeño de que las viviendas insalubres tengan sustitu-

ción efectiva, y vaya remediándose la carestía cuando no la carencia, de las que humanitariamente son habitables.»

Esto que parece decir algo y que reconocemos que tiene el valor de ser la primera mención que en tan solemnes momentos se ha hecho de las cuestiones sanitarias, no nos basta ni nos satisface, ni siquiera desde el punto de vista de la buena gramática y de la retórica afortunada. Nos satisface mucho menos teniendo presente que es el Sr. Maura el inspirador de estas fórmulas de plan de gobierno. No nos contenta recordando lo que sobre estos puntos podría haber escrito el ministro de la Gobernación del mes de Julio de 1903. ¿No da gana de pensar que las reformas en aquella época iniciadas presentan hoy cierto aspecto de aperitivo de ministro nuevo ofreciendo sustentos que como presidente no está dispuesto á dar?

¿Tendremos que reconocer en este asunto un caso más de la política efectista y sin convencimientos de que venimos siendo víctimas los españoles por nuestros gobernantes de todos los matices?

¡Con qué gusto confesaremos que nos hemos equivocado cuando con hechos se nos demuestre nuestro error!

El martes por la noche, en el Ideal Retiro, tuvo lugar un banquete que varios médicos dedicaron á sus compañeros redactores de periódicos políticos, en homenaje de agradecimiento por la labor difusiva de la cultura sanitaria realizada por ellos en la prensa cotidiana.

La concurrencia distinguida fué clara prueba de las generales simpatías que despertó la idea.

EL SIGLO MÉDICO se adhirió y estuvo representado en la fiesta, con el mismo entusiasmo que pone en tributar su aplauso á cuantos médicos se hacen acreedores á él.

DECIO CARLAN

### DOS REALES ÓRDENES

Nuestro antiguo y querido amigo el Dr. D. Luis Marco, colaborador que fué de EL SIGLO MÉDICO, nos interesa la publicación de varios documentos para formarse idea del estado legal en que hoy se halla el Instituto Rubio. Tenemos muchísimo gusto en complacerle, y más tratándose de un asunto de tanta importancia como el de que se trata.—He aquí



dos Reales órdenes, que no se han publicado hasta ahora en ninguna parte y ni siquiera se ha permitido leerlas donde era necesario:

«Junta provincial de Beneficencia de Madrid, Amor de Dios, 6.

Por el Ministerio de la Gobernación, con fecha 7 del mes de Noviembre último, se ha dictado la Real orden que sigue:

«Ilmo. Señor: Vista la instancia que el Dr. D. Luis González Bravo eleva á este Ministerio, como director del Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria, y en tal concepto representante legal de dicha institución, en súplica de que se declaren únicos legítimos los Estatutos dados por el fundador, Dr. D. Federico Rubio y Galí, y nulos todos los posteriores redactados alterando la voluntad de aquél, y que se declaren también ilegales las determinaciones de carácter económico adoptadas contra aquellos primeros Estatutos, y como consecuencia que se autorice la conversión de las inscripciones nominativas é intransferibles *no dotales*, en títulos al portador y su aplicación al levantamiento de cargas del Instituto:

Resultando que en el cuerpo de la instancia consigna el solicitante: Que el Dr. Rubio y Galí fundó el Instituto que hoy lleva su nombre y redactó sus Estatutos, presentándolos en el Gobierno civil y recogiendo un ejemplar autorizado en 9 de Abril de 1896: Que esos Estatutos son el título fundacional y representan la voluntad del fundador de la mencionada institución: Que además de estos Estatutos auténticos y únicos de validez legal existen varias veces publicadas dos cartas del Dr. Rubio á las curadoras del Instituto, explicándoles en la primera los deberes y atribuciones de su cargo y dando en la segunda la interpretación auténtica del régimen económico de la fundación desarrollado en los artículos del 18 al 30 del Reglamento bajo el epígrafe «De los Bienes y fondos»: Que agotada la primera edición de los Estatutos de 1896 y fallecido el fundador en 1902, el director por él nombrado en cláusula testamentaria hizo una segunda edición con dos variaciones en los artículos 9.º y 27 y un artículo adicional haciendo constar que esta nueva edición, cartas anejas y reglamentos se presentó en el Gobierno civil en 3 de Octubre de 1903: Que, no obstante el carácter de fundacionales de los primitivos Estatutos, hicieron posteriormente otros nuevos é ilegales y un titulado Reglamento general contrarios á aquéllos; llevan la fecha de 20 de Marzo de 1910 y fueron presentados en el Gobierno civil en 9 de Abril del mismo año:

Resultando que el exponente consigna también que además de ser ilegales los nuevos Estatutos, por opuestos á los antiguos y á las cartas del fundador, han perjudicado económicamente al Instituto, á los derechos del fundador, como dotador de un segundo grupo de cinco camas, á otros tres dotadores más, al Montepío de la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría y al buen régimen del Instituto, que desde el año 1907 liquida con déficit, cuando todas sus cargas debieran ser levantadas con los donativos en plena propiedad y libre usufructo que no eran para fondos dotales de camas, únicos que el fundador dispuso estuvieran colocados en inscripciones intransferibles, sino para fondos corrientes ú ordinarios de libre y absoluta disposición, sin capitalizar en forma dotal:

Resultando de los antecedentes que obran en el expediente que por Real orden de 11 de Abril de 1908, á instancia del director del Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria fué clasificado éste como de beneficencia particular con arreglo al art. 2.º del Real decreto de 14 de Marzo de 1899 y como comprendido en el núm. 3.º de la Instrucción de la misma fecha:

Considerando que la cuestión que el director del Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria plantea en su instancia, origen de esta resolución, está circunscrita á determinar si los Estatutos y Reglamentos redactados por el fundador del Instituto Dr. D. Federico Rubio y Galí y aceptados como perpetuos por la Junta de Protectores podían ser modificados, y en este caso si el procedimiento seguido para reformarlos se ajusta á las disposiciones que regulan la materia, deduciéndose como consecuencia la legalidad del nuevo régimen económico impuesto á la Institución:

Considerando que la voluntad fundacional es ley suprema en materia de beneficencia particular, principio que se ha llevado á la legislación vigente y que ha sancionado una constante jurisprudencia del Tribunal Supremo imponiendo como ineludible el deber de respetar aquélla; y habiendo solicitado el Instituto de Terapéutica Operatoria y obtenido por Real orden de 11 de Abril de 1908 ser clasificado como de beneficencia particular, esta declaración, que concede al Instituto los derechos y privilegios que las leyes otorgan á las Instituciones de aquel carácter, implica también el reconocimiento del Protectorado del Gobierno y el acatamiento á sus disposiciones, uno y otras inspirados en aquel principio fundamental del respeto á la voluntad de los fundadores y de protección á los patronos en el ejercicio de sus derechos, por todo lo cual, es preciso determinar si el Dr. D. Federico Rubio y Galí dejó consignada su voluntad y los principios que informaron su criterio, respecto al régimen económico de la Institución, para deducir como consecuencia si aquélla ha sido infringida y éstos resultan alterados con las modificaciones que se han introducido en el Reglamento:

Considerando que el Dr. D. Federico Rubio fundó, con la cooperación de numerosos protectores, el Instituto que hoy lleva su nombre, asignando como de la propiedad de la fundación los edificios en que se halla instalado, mas el capital suficiente para su sostenimiento, y redactó los Estatutos, que, con los Reglamentos especiales para los enfermos, para el director, para el profesorado y para el administrador, y con las instrucciones á las enfermeras, constituyen el régimen al que debía someterse el Instituto, reflejo fiel de su pensamiento y de los principios en que se inspiró el nuevo sistema económico que establecía para asegurar la vida de la fundación y disposiciones todas que aceptadas por la Junta de Protectores, deben considerarse como voluntad fundacional y en tal concepto amparada por el Protectorado y sólo reformable en los casos y en la forma establecida en la Legislación vigente:

Considerando que la redacción de unos nuevos Estatutos y su presentación en el Gobierno civil y la devolución de uno de sus ejemplares debidamente autorizado, conforme á lo dispuesto en el art. 4.º de la ley regulando el derecho de asociación, no supone una aprobación del Protectorado ni tiene otro alcance que el conocimiento por las autoridades de las Asociaciones que se constituyen para en su caso cumplir lo prevenido en el art. 6.º de dicha ley, por lo que desde el momento en que el Instituto fué clasificado de beneficencia particular quedó sometido al Protectorado, sin que en ningún caso tenga validez la alteración, modificación ó reforma que se introduzca en los Estatutos ó Reglamentos si no obtiene la aprobación expresa de este Ministerio, previos los trámites señalados en la Instrucción de 14 de Marzo de 1899:

Considerando que en los primitivos Estatutos, en su capítulo «De los bienes y fondos», artículos 18 al 30, desarrolla el Dr. Rubio y Galí el régimen económico del Instituto, explicando más extensamente en su carta á las señoras curadoras su nuevo sistema basado en los resultados prácticos



obtenidos por otras instituciones y que la experiencia ha declarado útil, que consiste en tomar el capital para la dotación de las camas «premeditadamente reducido á término de insuficiencia con el propósito deliberado de dejar marco ó campo donde puede funcionar la caridad viva», dando á este capital la forma de intransferible, sistema que ha reflejado en los artículos 22 al 27 de los Estatutos dividiendo los fondos en dotales y corrientes y estableciendo sólo para los primeros el carácter de intransferibles, por todo lo cual las modificaciones introducidas con el nuevo Reglamento, disponiendo que los fondos corrientes estén también constituidos por inscripciones intransferibles, deben estimarse como infracción de la voluntad fundacional y como consecuencia nulas, siendo también vista la procedencia de convertir las inscripciones intransferibles, *no dotales*, en títulos de Deuda perpetua negociables en su caso para los gastos de sostenimiento, entretenimiento y en general levantamiento de cargas del Instituto. Bien entendido que, siendo siempre del mayor interés para el Protectorado cuanto afecta á la vida y desarrollo de las fundaciones benéficas, no puede dejar de serlo en el presente caso tratándose de Institución tan importante, por lo que se hace preciso que las conversiones que se realicen y la aplicación de los productos de éstas, sean conocidas del mismo con datos y antecedentes suficientes que permitan apreciar el desenvolvimiento de dicha Institución.

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer: Que se declaren ilegales los nuevos Estatutos y Reglamento del Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria de 20 de Marzo de 1910, como contrarios á la voluntad fundacional, en cuanto alteran el régimen económico impuesto por el fundador y autorizar la conversión en títulos al portador de las inscripciones intransferibles *no dotales* y su aplicación al sostenimiento, entretenimiento y levantamiento de sus cargas, dando cuenta á este Protectorado.

Lo que de Real orden comunico á V. I. para su conocimiento, el del Instituto de referencia y demás efectos.»

Lo que tengo la honra de trasladar á V. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. muchos años. Madrid, 29 de Diciembre de 1918.—El vicepresidente, *Marqués de Urquijo*.

ADMINISTRACIÓN.—Sección 5.<sup>a</sup>.—*Beneficencia*.—Con esta fecha se comunica al excelentísimo señor gobernador del Banco de España la Real orden siguiente:

«Vista la instancia de D. Luis González Bravo, director del Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria, comúnmente llamado «Instituto Rubio», solicitando que para cumplir lo dispuesto en la Real orden de 7 de Noviembre último que resolvió se convirtieran en títulos al portador de la Deuda perpetua interior al 4 por 100 las inscripciones nominativas pertenecientes al Instituto, que, por tener el carácter de bienes corrientes y *no dotales*, no podían continuar con tal carácter de intransferibles:

Resultando que la mencionada Real orden de 7 de Noviembre de 1918 dejó sin efecto la reforma ilegal de los Estatutos lleva á cabo en Marzo de 1910, reforma que contravenía la voluntad del fundador D. Federico Rubio; y restableció, conforme á ella, la diferencia entre bienes dotales del Establecimiento y fondos corrientes, disponiendo á la vez que los que tuvieran este último carácter y estuvieran constituido por inscripciones intransferibles se convirtieran en títulos al portador negociables en su caso para los gastos de sostenimiento y entretenimiento, y, en general, levantamiento de cargas del Instituto:

Resultando que el director de este Establecimiento en su mencionada instancia expone que los bienes *no dotales* con-

sistentes en láminas ó inscripciones intransferibles están depositados en el Banco de España bajo sus resguardos, cuyos números, fechas y cuantías son los siguientes: 1.<sup>o</sup>, número 49.061, fecha 7 de Diciembre de 1907, pesetas nominales *sesenta y un mil* (61.000).—2.<sup>o</sup>, núm. 664.451, fecha 11 de Noviembre de 1909, pesetas nominales *ochenta mil* (80.000).—3.<sup>o</sup>, núm. 54.610, fecha 1.<sup>o</sup> de Septiembre de 1910, pesetas nominales *treinta y seis mil trescientas* (36.300).—4.<sup>o</sup>, número 715.238, fecha 28 de Abril de 1912, pesetas nominales *veintidós mil ochocientas* (22.800).—5.<sup>o</sup>, núm. 60.324, fecha 23 de Julio de 1913, pesetas nominales *ciento setenta y cinco mil* (175.000).—Y 6.<sup>o</sup>, núm. 69.031, fecha 30 de Enero de 1917, pesetas nominales *treinta mil* (30.000), los cuales integran la cantidad de *cuatrocientas cinco mil cien* pesetas nominales (405.100), que son las que con arreglo á la Real orden mencionada han de convertirse en títulos al portador, para lo cual suplica el solicitante se ordene al Banco de España le haga entrega de las referidas inscripciones, como Director y único representante legal que es del Establecimiento y para los fines que en la repetida Real orden se previenen, con objeto de llevar á cabo la conversión:

Considerando que en virtud de la referida Real orden de 7 de Noviembre de 1918, que restableció en toda su pureza la voluntad del ilustre fundador D. Federico Rubio, anulando la reforma ilegal de los primitivos Estatutos, deben los fondos que no tengan el carácter de dotales, y que indebidamente se constituyeron en láminas ó inscripciones intransferibles, convertirse en títulos al portador; y que para ello es preciso que sean entregadas al director del Instituto, á fin de que realice la conversión y las aplique á levantar las cargas de aquél en los términos que la misma Real orden determina,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que por el Banco de España se haga entrega al director del Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria, comúnmente conocido por «Instituto Rubio», Dr. D. Luis González Bravo, de las seis inscripciones intransferibles que quedan reseñadas y cuyo importe total es *cuatrocientas cinco mil cien* pesetas nominales (405.100).

Lo que traslada á V. para su conocimiento y efectos consiguientes, previéndole de la propia Real orden, que, una vez hecho cargo de las inscripciones, proceda á su conversión en títulos al portador negociables en su caso para los gastos de sostenimiento, entretenimiento y en general levantamiento de cargas del Instituto, á medida que vaya siendo necesario, no pudiendo aplicarlas á otro fin y debiendo dar cuenta á este Ministerio de las conversiones que vaya realizando y de la aplicación de los productos de ellas, con todos los datos y antecedentes que permitan al Protectorado apreciar el desenvolvimiento de dicha Institución, según consignaba el último Considerando de la tan citada Real orden de 7 de Noviembre de 1918.—Dios guarde á V. muchos años. Madrid, 27 de Marzo de 1919.—*J. Lladó*.—Sr. D. Luis González Bravo, director del Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria, comúnmente conocido por «Instituto Rubio».

#### Oficio.

En vista de la Real orden del Ministerio de la Gobernación fecha 27 de Marzo último, comunicada á V. E. dicho día y referente á la conversión en títulos al portador, negociables en p. aza, de la Deuda perpetua interior al 4 por 100 de las láminas ó inscripciones nominativas é intransferibles *no dotales*, propias del Instituto Rubio, cuyos resguardos de depósito se especifican en dicha Real orden, ruego á V. E.: 1.<sup>o</sup> Que el mismo Banco de España sea quien haga la transformación de esos títulos mobiliarios, constituyendo



con el equivalente de cada lámina ó inscripción en títulos al portador un nuevo depósito con su resguardo por separado; y

2.º Que los cupones se cobren por el mismo Banco de España, abriéndose con los primeros que se corten una cuenta corriente al Instituto, representado por el Director que en tiempo lo fuere y cuya firma se hará conocer en la oficina correspondiente de ese Banco, para todos los efectos legales; cuenta corriente á la cual contribuirán también cuantos donativos recibiere la fundación benéfica del Excelentísimo Sr. Dr. D. Federico Rubio y Galí.—Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 16 de Abril de 1919.—El director del Instituto Rubio, *Dr. Luis González Bravo*.—Excmo. Sr. Gobernador del Banco de España.

## Sección oficial.

### MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

#### EXPOSICIÓN

Señor: Los médicos directores del Cuerpo de baños han acudido á este Ministerio en solicitud de que se modifique el artículo 48 del vigente Reglamento de baños, fijando en 7,50 pesetas la cantidad que han de percibir de los bañistas por la expedición de la papeleta para el uso de las aguas en los Balnearios, en vez de las 5 que hoy cobran, exponiendo en apoyo de su demanda que desde la promulgación del Reglamento no han sufrido aumento alguno sus emolumentos, antes al contrario, por haberse autorizado á prescribir libremente las aguas en los Establecimientos á todo médico, han disminuído sus ingresos, hasta el punto que varios médicos directores, que llevan más de veinticinco años de servicio, ocupan plazas de rendimientos insuficientes para sostener las existencias más modestas.

El Real Consejo de Sanidad, en pleno y por unanimidad, ha informado favorablemente la referida solicitud, teniendo en cuenta las razones alegadas en ella y por estimar exigua la cantidad de 5 pesetas que hoy perciben como emolumento por la expedición de la papeleta, cuya totalidad constituye su principal ingreso, en equivalencia del haber de otros funcionarios del Estado, ya que como tales puede considerárseles, al desempeñar las múltiples obligaciones que el Reglamento les impone, y teniendo en cuenta, además, que desde 1874 no han sufrido aumento las cuotas que reglamentariamente pueden percibir de los bañistas, cuotas que en aquel entonces pudieron resultar en totalidad remuneratorias para los médicos directores; pero que actualmente en muchos balnearios, por la carestía de la vida, no llegan á constituir una cantidad suficiente que les permita atender á sus más principales necesidades.

Por lo expuesto, el ministro que suscribe tiene el honor de someter á la aprobación de V. M. el adjunto proyecto de Decreto.

Madrid, 18 de Junio de 1919.—Señor: A. L. R. P. de V. M., *Antonio Goicoechea*.

#### REAL DECRETO

A propuesta del ministro de la Gobernación y de conformidad con el dictamen del Real Consejo de Sanidad, en pleno,

Vengo en decretar lo siguiente:

El art. 48 del vigente Reglamento de baños y aguas minero-medicinales de 12 de Mayo de 1874 se entenderá redactado en esta forma: «Los médicos directores de baños percibirán de cada bañista que les consulte sus dolencias para prescribirles la forma y cantidad en que deben hacer

uso de las aguas, la remuneración que el enfermo tenga por conveniente no bajando de 2 pesetas 50 céntimos. Y percibirán, además, 7 pesetas 50 céntimos, también de cada bañista, por derechos de expedición de la papeleta á que se refiere la regla quinta del art. 57 de este Reglamento.»

Dado en Palacio á 18 de Junio de 1919.—ALFONSO.—El ministro de la Gobernación, *Antonio Goicoechea*. (*Gaceta* 21 Junio.)

#### EXPOSICIÓN

Señor: El art. 16 del Decreto de 7 de Septiembre de 1918 aplicando á los funcionarios técnicos las disposiciones que la ley de 22 de Julio de 1918 enunciaba para los funcionarios de la Administración del Estado, dispone que las jubilaciones de los funcionarios pertenecientes á los Cuerpos facultativos ó especiales seguirán rigiéndose por las disposiciones que hoy tengan en vigor.

De las tres secciones facultativas que constituyen la Sanidad Central del Estado: Sanidad exterior, Sanidad interior é Instituto de Alfonso XIII, sólo la primera tiene marcada por el art. 26 del Reglamento, aprobado por Decreto de 3 de Marzo de 1917, como edad para la jubilación voluntaria la de sesenta y cinco años, y como forzosa la de setenta; tratándose de secciones de un mismo organismo con funciones de la misma índole, es indudable que los mismos preceptos deben regir para las tres, aunque nada se haya dicho en su Reglamento respectivo, pues de otra manera se cometería una notoria injusticia.

El ministro que suscribe tiene la honra de someter á la aprobación de V. M. el siguiente proyecto de Decreto.

Madrid, 18 de Junio de 1919.—Señor: A. L. R. P. de V. M., *Antonio Goicoechea*.

#### REAL DECRETO

A propuesta del ministro de la Gobernación, y de acuerdo con Mi Consejo de Ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo único. El personal facultativo de los Cuerpos de inspectores provinciales é Institutos de Higiene podrán ser jubilados voluntariamente á partir de los sesenta y cinco años, ó antes, por imposibilidad física, pero lo serán forzosamente á los setenta, de igual modo que está reglamentado para los médicos de Sanidad exterior.

Dado en Palacio á 18 de Junio de 1919.—ALFONSO.—El ministro de la Gobernación, *Antonio Goicoechea*. (*Gaceta* 21 Junio.)

#### REALES ÓRDENES

Tomando en cuenta lo solicitado por las Sociedades obreras de Valencia, legalmente constituidas, de que figure un representante de las mismas en la Junta provincial antituberculosa, y considerando legítima y digna de atenderse la mencionada petición;

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer que en las Juntas provinciales y locales antituberculosas constituidas con arreglo á la Real orden de 31 de Marzo de 1914, figure como vocal de las mismas un representante obrero que designen por votación las Sociedades obreras legalmente constituidas en cada capital ó localidad en que aquéllas existan.

Lo que de Real orden comunico á V. I. para su conocimiento, el de los interesados y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 14 de Junio de 1919.—*Goicoechea*.—Señores gobernadores civiles de todas las provincias.



Vistas las tres instancias que elevan á este Ministerio, respectivamente, el director del Real Sanatorio popular antituberculoso Victoria Eugenia (Valdelatas), el personal del mismo Sanatorio, más el personal técnico de los tres Reales Dispensarios antituberculosos de la Corte, en súplica de que se les conceda: al director del Sanatorio indemnización en concepto de viaje al mismo, al personal de su Sanatorio aumento de sueldos y que éstos sean abonados por el Estado, y al personal técnico de los Dispensarios, que forme con los mismos un Cuerpo especial, con escalafón correspondiente y asignación de sueldos:

Considerando que no hay paridad entre los Sanatorios Marítimos Nacionales de Oza y de Pedrosa, creados organizados y sostenidos por el Estado, á los que se refieren los solicitantes, y las instituciones antituberculosas (Sanatorios y Dispensarios) en que aquéllos prestan sus servicios, puesto que el Estado sólo tiene, con relación á estos últimos, una misión protectora é inspectora, mientras que tiene todas las misiones con relación á los Sanatorios de Oza y Pedrosa:

Considerando que los Sanatorios y Dispensarios de la Corte en que los solicitantes prestan sus servicios fueron declarados de beneficencia particular por Real orden de 20 de Mayo de 1918:

Considerando que, como tales instituciones de beneficencia particular, han de estar regidas por la Junta ó Juntas de Patronato correspondientes, de las que habrá de depender lógica y naturalmente su vida social y económica:

Considerando que las misiones protectora é inspectora, únicas que corresponden á este Ministerio, representado al efecto por la Comisión permanente contra la tuberculosis, no tienen como aneja ni propia la facultad de formación de Cuerpo especial, con escalafón respectivo y asignación de sueldos; y

Considerando, por fin, que merece tomarse en cuenta, por lo menos en parte, lo alegado por el director del Real Sanatorio popular antituberculoso Victoria Eugenia (Valdelatas) en cuanto á la indemnización por sus viajes periódicos á dicho Establecimiento,

S. M. el Rey (q. D. g.), conformándose con lo acordado por la Comisión Ejecutiva de la Central permanente contra la tuberculosis en sesión celebrada en 11 de Marzo del año actual y de acuerdo con el Real decreto de 7 de Julio de 1911, tomando en cuenta, además, que los Dispensarios y Sanatorios de la Corte son de beneficencia particular, se ha servido disponer que dichos Dispensarios y Sanatorios y, por tanto, el personal que en ellos presta sus servicios dependan en cuanto á lo económico de las Juntas de Patronato respectivas sin que este Ministerio pueda formar Cuerpo oficial, escalafón correspondiente, ni asignar sueldos al personal mencionado, y que habida en cuenta la distancia desde Madrid del Real Sanatorio popular antituberculoso Victoria Eugenia (Valdelatas) y la necesidad de que su director haga viajes periódicos á dicho Sanatorio, se indemnice á éste proporcionalmente á lo que supone económicamente los viajes mencionados.

Lo que de Real orden comunico á V. I. para su conocimiento, el de las Juntas de Patronato y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 14 de Junio de 1919. — *Goicoechea*. — Señores vicepresidente de la Junta Central de la Comisión permanente contra la tuberculosis, inspector general de Sanidad y directores de los Reales Dispensarios y Sanatorios antituberculosos de Madrid.

Ilmo. Sr: Visto el expediente del concurso anunciado en la *Gaceta* de 25 de Mayo anterior, para proveer entre inspectores provinciales de Sanidad activos, excedentes del Cuerpo, la vacante de Vizcaya, así como las que resulten en igual situación por la provisión de ésta:

Resultando que dentro del plazo señalado en la convocatoria han solicitado:

D. Aniceto Bercial González, núm. 2 del Escalafón, inspector provincial de Huesca, la de Barcelona.

D. Fermín López de la Molina, núm. 18, inspector de Palencia, la de Vizcaya.

D. Rafael Fernandez y Fernández, núm. 51, inspector de Pontevedra, que presta sus servicios en Comisión en la Coruña, la vacante anunciada, así como si del concurso resultasen las inspecciones de Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Málaga, Zaragoza, Murcia, Cádiz, Oviedo y Granada.

D. Gabriel Ferret y Obrador, núm. 52, inspector de Almería, las plazas de Barcelona, Valencia, Baleares, Sevilla y Málaga.

D. Vicente Rasueros Díez, núm. 53, inspector de Avila, la plaza anunciada ó cualquiera de las de primera categoría que pudieran vacar.

D. Pedro Blanco Grande, núm. 54, inspector provincial de Sanidad del Campo de Gibraltar, cualquiera de las inspecciones de primera categoría (excepto Canarias y Baleares), y á falta de las de primera, las que cita á continuación por orden de mayor á menor preferencia: Toledo, Guipúzcoa, Santander, Pontevedra, Valladolid, Palencia, Alicante, Córdoba, Guadalajara, Segovia ó Avila:

Considerando que este concurso se ha ajustado á las prescripciones de la convocatoria y que en él se han tenido en cuenta las respectivas peticiones de los concursantes y el número que cada uno ocupa en el Escalafón del Cuerpo,

S. M. el Rey (q. D. g.), conformándose con lo propuesto por la Inspección general de Sanidad y lo informado por la Comisión permanente del Real Consejo, ha tenido á bien aprobar dicho concurso, y en su consecuencia nombrar inspector provincial de Sanidad de Vizcaya á D. Fermín López de la Molina; inspector provincial de Sanidad de Palencia á D. Pedro Blanco Grande, declarándose vacante la inspección provincial de Sanidad del Campo de Gibraltar.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 14 de Junio de 1919. — *Goicoechea*. (*Gaceta* 18 Junio.)

#### REAL DECRETO

A propuesta del ministro de la Gobernación, de acuerdo con Mi Consejo de Ministros,

Vengo en disponer que el Real decreto de 15 de Marzo de 1917, sobre reconocimiento previo de las hernias, quede reformado y ampliado con el siguiente artículo:

Art. 19. Todo obrero estará obligado á sufrir el reconocimiento médico prescrito en el art. 17. La negativa del mismo á someterse á este reconocimiento se consignará en el libro especial indicado en el mencionado artículo, debiendo firmar dicha diligencia el obrero. Cuando éste se opusiera á ser reconocido, se hará constar en dicho libro esta oposición, firmando la diligencia, á petición del patrono, dos testigos presenciales de la negativa.

Si el obrero reconocido no estuviera conforme con la opinión facultativa del médico nombrado por el patrono, podrá nombrar otro por sí para que le reconozca nuevamen-

# SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO  
IGUAL EN COMPOSICION Y PUREZA AL NEUTRALON ALEMAN  
Laboratorio Gamir, VALENCIA. — J. Gayoso, MADRID



te, ateniéndose á su resultado cuando coincidan los dos diagnósticos. En el caso de que éstos sean distintos, se estará sin otro recurso á lo que resulte del reconocimiento practicado por un tercer médico que se nombrará á instancia de una de las partes por el Juez de primera instancia del término en que el reconocimiento se verifique.

La falta del reconocimiento médico del obrero por negativa completa á cualquiera de las formalidades establecidas, dará lugar á la presunción *juris tantum* de que éste padecía con anterioridad una hernia ó reunía condiciones orgánicas constituyentes de una predisposición á la misma.

Dado en Palacio á 19 de Julio de 1919. — ALFONSO. — El ministro de la Gobernación, Antonio Goicoechea (*Gaceta* 22 Junio.)

## MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

### REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo establecido en los artículos 6.º y 8.º del Real decreto de 9 de Enero del corriente año, y propuesta unánime de la Facultad,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido nombrar á D. Jesús M. Bellido Solferich, D. Antonio Trías Pujol, D. Ignacio Barraquer y Barraquer, D. Francisco de Lojo y Pratdesaba, D. Salvador Gil Vernet, D. Antonio Riera Cercós, D. Angel Sirvent Montaner, D. Pablo Agustí Planell, D. Domingo Agustí Planell y D. Ricardo Moragas Gracia, auxiliares temporales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, con carácter gratuito hasta que en los próximos presupuestos se consigne la dotación necesaria: entendiéndose que estos nombramientos quedarán sin efecto transcurridos cuatro años, á contar desde el día en que los interesados se posesionen de sus cargos, salvo la excepción á que se refiere el último apartado del art. 6.º del expresado Real decreto.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 24 de Mayo de 1919. — *Silió*. — Señor subsecretario de Ministerio. (*Gaceta* de 20 de Junio de 1919.)

## MONTEPIÓ FACULTATIVO

### SECRETARÍA GENERAL

#### ANUNCIO DE PENSIÓN

Dña Antonia Zabarte y Altube, viuda del socio jubilado D. Isidoro Gastelu, solicita pensión de viudedad.

Lo que se publica para conocimiento de la Sociedad y á los efectos reglamentarios.

Madrid, 23 de Mayo de 1919. — El secretario general, *Martín*.

1

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,6; mínima, 705,3; temperatura máxima, 32º,5; id. mínima, 15º,6; vientos dominantes, NE. E. SE.

Escasas variaciones se han observado en el carácter y

número de los afectos reinantes. Siguen las congestiones activas de los órganos respiratorios y de los centros nerviosos siendo relativamente frecuentes. Los accesos de gota, los cólicos hepáticos y nefríticos y las erupciones cutáneas de carácter artrítico se presentan en proporción mayor que de ordinario.

La mortalidad continúa en términos favorables.

## Crónicas.

### ESPAÑA

**El estudio del bocio.**— Con objeto de continuar sus estudios sobre la distribución geográfica del bocio, han salido para la Sierra de Gredos los Dres. Goyanes y Marañón.

**Inspectores provinciales de Sanidad.**— Han sido nombrados, en virtud de concurso, inspector provincial de Sanidad de Vizcaya, D. Fermín López de Moína; de Palencia, D. Pedro Blanco Grande, declarándose vacante la Inspección de Sanidad del Campo de Gibraltar.

**Homenaje á un médico.**— En Fuensalida (Toledo) se ha celebrado con gran solemnidad el homenaje con que la Asociación de Médicos titulares de España ha querido premiar el heroico comportamiento del médico D. Enrique Castro Bonel, titular de aquel pueblo que, hace algún tiempo, salvó á dos obreros que perecían asfixiados en el fondo de un pozo.

Asistieron al acto más de 100 médicos titulares, entre los cuales figuraban representantes de la Asociación de Médicos titulares de España, de los Colegios de Médicos de Madrid y Toledo y de la Asociación de Torrijos.

Se le ofreció una placa de plata costeada por suscripción entre los titulares y en la que aparecen sus firmas.

**Médicos interinos de baños.**— Han sido nombrados médicos interinos de establecimientos balnearios los señores siguientes:

Del de Atáun (Guipúzcoa), D. Rafael Zugasti; del de Almeida (Zamora), D. Jenaro Fernández Benítez; de La Herreña (Badajoz), D. Celestino Suero Caro; de La Alameda (Madrid), D. Lisardo Martínez Manrique; de Molinet (Valencia), D. José Drás Monge; de Salinas de Rosño (Burgos), D. Juan García Garrido; de Salvatierra de los Barros «El Charcón» (Badajoz), D. Manuel Torres Segura, y del de Zaldívar (Vizcaya), D. Víctor Cortezo y Collantes.

**Homenaje al Dr. Tolosa Latour.**— El Consejo Superior de Protección á la Infancia ha celebrado dos sesiones necrológicas á la memoria del Dr. D. Manuel de Tolosa Latour, que fueron presididas, respectivamente, por el ministro de la Gobernación y el obispo de Madrid-Alcalá.

En ellas se enalteció al inspirador de la ley de 1904 de protección á la infancia y que durante quince años realizó una intensa labor al frente de la Secretaría general del citado Consejo.

Este organismo aprobó por aclamación los siguientes acuerdos:

Abrir una suscripción nacional para erigir un monumento ó busto en un lugar público de la corte; fundar una obra científica ó social en favor de la infancia, que perpetúe el nombre de quien consagró su vida á los niños; solicitar del señor ministro la presentación á las Cortes de un proyecto de ley concediendo una pensión vitalicia á doña Elisa Mendoza Tenorio, viuda de Tolosa Latour; asociarse el Consejo á las manifestaciones de dolor que esta dama recibe constantemente; publicar un número extraordinario de *Pro Infancia* con artículos necrológicos, y dar las gracias á los gobernadores civiles, á las Juntas de protección á la infancia y á las múltiples asociaciones de España que han testimoniado su pésame por el fallecimiento del Dr. Tolosa Latour.

Por nuestra parte sólo añadiremos que EL SIGLO y su redacción están incondicionalmente á la disposición de cuantos los necesiten para honrar la memoria de aquel hombre bueno que se llamó D. Manuel Tolosa Latour.

## TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York.

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno, bals Peruriano, etc. El más poderoso cicatrizante y antiséptico de heridas. La más reciente aplicación de la moderna química á las necesidades de la actual cirugía.

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



## AMÉRICA LATINA

## CHILE

**Congreso Médico.**—En el próximo mes de Septiembre se celebrará en Santiago el II Congreso Médico Chileno. Entre otros, se prestará preferente atención á los siguientes temas: Aplicación de la ley de Accidentes del Trabajo; Vulgarización de la puericultura; Servicios médicos hospitalarios; Movimiento demográfico; Problema del alcoholismo; La tuberculosis.

Como se puede observar por la índole de los principales temas, el Congreso tiene un carácter marcadamente médico-sociológico.

## ARGENTINA

**Academia de Medicina. Nuevos académicos.**—La Academia de Medicina de Buenos Aires en su última sesión, designó académicos á los Dres. Eliseo V. Segura é Ignacio Allende, para ocupar las vacantes producidas por el fallecimiento de los Dres. Baldomero Sommer y Avel Ayerza. Se resolvió al mismo tiempo abrir el concurso, desde aquella fecha y por treinta días, para optar á las vacantes de académicos en las secciones de Biología y Medicina, respectivamente, en reemplazo de los Dres. Horacio G. Piñero y José Penna.

## URUGUAY

**Donativo importante.**—El Sr. Alejo Rossell Ríos, que falleció recientemente, ha dejado á la Asistencia pública, á la que declaró su universal heredera, la cantidad de 500.000 pesos oro (3.000.000 de francos) en propiedades, títulos de la Deuda pública y otros valores, para que se mejoren los servicios de beneficencia ó cooperar á la fundación de los que se necesiten.

## FRANCIA

**Establecimientos hidrominerales y climatológicos.**—En una de sus últimas sesiones el Senado francés ha aceptado el proyecto de ley, anteriormente aceptado por la Cámara de Diputados, sobre la tasa de la estancia en los establecimientos hidrominerales y climatológicos.

**Muerte del Dr. Dominici.**—La ciencia francesa acaba de sufrir una gran pérdida con la muerte del profesor Dominici.

Los trabajos del ilustre hombre de ciencia sobre la histología de las glándulas linfoides, sus investigaciones sobre hematospsis, etc., eran conocidos de todo el mundo. Generaciones enteras de investigadores se han formado bajo su dirección.

Espíritu claro, técnico minucioso, Dominici había formado en torno suyo una verdadera escuela.

**La vuelta á la barbarie.**—La vuelta á los tiempos bárbaros parece dice el *Journal des Praticiens*—deducirse de un fenómeno que se repite en todos los períodos de regresión de la inversión de los valores sociales.

Un obrero gana más que un médico, un chauffeur de taxi gana más que un profesor de la Sorbona, y los barrenderos están mejor pagados que los agregados de la Universidad.

Empezamos (comenta el cronista) por el mal gusto, el egoísmo y la brutalidad. Continuamos por deprimir el espíritu; las fuerzas materiales se elevan por cima de las energías de la inteligencia, consecuencia lógica de la doctrina de Carlos Marx que hizo del trabajo de la mano de obra la base del valor, consecuencia lógica del principio de igualdad y de otros fantasmas sociales á los pies de los cuales nos arrodillamos desde hace ciento treinta años.

Como comentario añadiremos que no nos parece muy democrática la crítica, pero que es una observación muy curiosa.

**El sueldo de los médicos prisioneros.**—Habiendo preguntado el diputado M. Paul Simon al ministro de la Guerra: 1.º Si se ha de considerar como prisionero de guerra un médico militar, que habiendo recibido orden escrita de sus

jefes de permanecer con los heridos franceses intransportables después del repliegue de su formación, cae por este hecho en manos del enemigo; y 2.º, en caso negativo, si se le debe á éste médico, además de su sueldo durante la estancia en Alemania, la indemnización excepcional de tiempo de guerra acordado por decreto de 22 de Enero de 1918, desde el día en que fué repatriado ó desde 1.º de Octubre, fecha del efecto de la indemnización, ha recibido la contestación siguiente:

«Conforme á los principios sentados por la Convención del Haya, el médico visado no debe ser considerado como prisionero de guerra. Tiene, pues, derecho como todos los oficiales del personal sanitario al sueldo de presencia durante su estancia en el país enemigo y á la indemnización excepcional de guerra á partir de 1.º de Octubre de 1918. (*Journ. off.* 31 de Mayo de 1919.)

**Un Campo de sport para la Universidad de París.**—La Asociación general de estudiantes de París y su sección exportiva el «Paris Université Club» acaban de tomar la iniciativa de dotar á la juventud universitaria de París de un «stode» como el que existe en todas las universidades inglesas y americanas.

Un Comité compuesto por el presidente de la República, el presidente del Consejo, el ministro de Instrucción Pública, los provisosores de los liceos de París y un gran número de personalidades que le dan al proyecto su alto apoyo moral.

## RUMANIA

**La profilaxis del tifus exantemático.**—La Cruz Roja americana, para que los campesinos de Rumania comprendieran la importancia de la higiene y se libraran del tifus exantemático, estableció, como sistema, que el que no se baña no come.

Fundaron en Jassi una gran casa de baños y á todos los concurrentes les daban, cada semana, una tarjeta con la cual podían obtener de la cocina económica que habían establecido una comida nutritiva diaria, ropas y auxilios médicos.

El único boleto para la temporada que la cocina americana ha emitido y entregado sin exigir á cambio de él el certificado de limpieza por los encargados de la Casa de Baños, lo fué la boteta núm. 1, que fué entregada á la reina María, quien visitó la cocina varias veces y en cada una de ellas disfrutó de la comida acostumbrada del día.

AMÉRICA DEL NORTE  
ESTADOS UNIDOS

*The Medical Journal* publica una observación del funcionario de Sanidad Dr. Ireland que por su curiosidad damos á conocer á nuestros lectores.

Según el referido doctor, más de dos mil soldados norteamericanos que sufrían conmociones nerviosas producidas por el estallido de las bombas en las trincheras, se curaron con la firma del armisticio. Esta es, dice, la mayor cura psicoterápica conseguida hasta la fecha.

**Legado.**—Debido á la prodigalidad de Mr. Carlos H. Tenney, de Nueva York, fallecido no hace mucho en el Hospital Lawrence (Mass.), ha recibido un legado de pesetas 250.000 para que los múltiples fines que está llamado á cumplir se puedan realizar sin tanto esfuerzo económico.

**Oposición al Seguro obligatorio.**—La Sociedad Médica de Nueva York ha aprobado unas instrucciones encaminadas á hacer guerra al Seguro obligatorio. La mayoría de los oradores que tomaron parte en la discusión se oponían y manifestaban que el Seguro obligatorio ha sido un fracaso en Inglaterra y Alemania, aumentando las enfermedades y sin ningún efecto beneficioso en la mortalidad.

## CHINA

**Nuevo Hospital.**—El 14 de Diciembre de 1918 se ha inaugurado el Hospital general de la American Church Mission en Wuckang (China). Es un edificio de tres pisos con todos los adelantos modernos, y tiene capacidad para 200 enfermos. El coste del terreno y la edificación ha pasado de 500.000 pesetas.

**LA DIABETES**  
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL  
**VINO URANADO PESQUI**

que elimina el azúcar á 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  
gratis, LABORATO-  
RIO PESQUI, Prím  
25. San Sebastián



## INGLATERRA

**El ministerio de Sanidad.**— El día 25 se habrá firmado seguramente en Londres un decreto Real creando el ministerio de Sanidad, cuyo primer titular será el Dr. Addison.

Se agregará á este ministerio el departamento de gobierno interior, así como la Comisión de seguros obreros contra las enfermedades, y algunos otros organismos.

El nuevo ministerio empezará á funcionar el día 1.º de Julio.

**Fundación del rey Eduardo para hospitales de Londres.**— El príncipe de Gales preside por primera vez el mes de Mayo la reunión de los sostenedores de la fundación, que había sido creada por su abuelo. Desde un principio la fundación fué un éxito y hoy sus ingresos — cerca de libras esterlinas 206 000 (cerca de 5 millones de pesetas) — son una fuerza en la administración de los hospitales. La fundación es un centro al cual pueden dirigirse las Juntas de los hospitales para pedir consejo cuando tienen la intención de aumentar ó mejorar sus establecimientos actuales, si estos necesitan ayuda financiera (construcción de nuevos edificios), modificaciones que serán discutidas por las autoridades de la fundación antes de concederles la ayuda solicitada.

## NORUEGA

**El matrimonio eugénico.**— El *British Medical Journal*, del 8 de Febrero, resume como sigue la nueva ley del matrimonio en Noruega que empezó á regir desde el 1.º de Enero: Un hombre menor de veinte y una mujer menor de diez y ocho no podrán casarse sin el permiso de las autoridades. Hará falta que presenten la fe de nacimiento y la de bautismo antes de que se hagan las amonestaciones. Bajo ciertas condiciones, uno ó ambos de los contrayentes tienen que presentar un certificado que haga constar que no han estado locos. Ambos han de declarar por escrito que no sufren de epilepsia, lepra, sífilis ó otras enfermedades venéreas en el estado infeccioso. En caso contrario, en lo que se refiere á estas enfermedades, ha de probarse que el otro contrayente conoce el hecho y que ambos han sido instruidos por un médico en lo que se refiere á los peligros de la enfermedad en cuestión. El médico queda libre del secreto profesional, pudiendo intervenir si sabe que cualquiera de los contrayentes tiene una de estas enfermedades y no lo confiesa. También tendrán los contrayentes que dar una declaración escrita referente á matrimonios anteriores y á los hijos que hayan tenido fuera del matrimonio.

El matrimonio puede anularse si se prueba que uno de los contrayentes, ó ambos, no han confesado la locura ó alguna de las enfermedades antedichas ó si existe un estado moral incurable, incompatible con la vida matrimonial. También puede disolverse el matrimonio si se ha declarado en falso ó si se ha dejado de declarar algún obstáculo. Si la mujer ha sido embarazada por otro hombre ó si el hombre ha embarazado á otra mujer, y esto no se ha revelado en la declaración, puede pedirse la anulación del matrimonio sin que lo impida el que el fruto de la unión irregular nazca antes ó después del matrimonio; tal petición debe hacerse dentro de los seis meses de que el hecho sea conocido por el demandante. Se definen muchas otras causas válidas para la anulación del matrimonio.

## SUECIA

**Legislación antivenérea en Suecia.**— La ley sueca del 20 de Junio de 1918 provee que el que padezca una enfermedad sexual tiene obligación de presentarse para ser tratado á un médico, obedeciendo las órdenes que éste le dé. El tratamiento en el Hospital y las medicinas son gratis. Los médicos tienen la obligación de instituir el tratamiento. Las ciudades grandes pueden destinar médicos con este objeto; si se nombra más de un médico, uno de ellos por lo menos ha de ser mujer. Ciudades de más de 20.000 habitantes han de tener una políclínica á cargo de especialistas, pero sin que haya ningún signo externo que indique la clase de enfermedades que se tratan en dicha políclínica. La ley provee más adelante para que un médico sea enviado por cuenta del Estado á puntos remotos cuando se sepa que existe un caso de enfermedad sexual. El médico explicará al enfermo ó á sus padres ó tutores la naturaleza de la enfermedad, los peligros que encierra para otros y las necesidades de abstenerse del matrimonio, de acuerdo con una circular que reparten las

autoridades, á no ser que las circunstancias hagan que esta información sea peligrosa para el paciente. Los pacientes refractarios ó negligentes serán denunciados á las autoridades de la salud pública; también el origen de la infección que deberá ser investigado por el médico. La persona denunciada deberá presentarse ante las autoridades de la salud pública (*gezondheids-inspecteur*) ó enviar un certificado de que está sana ó bajo tratamiento. Puede obligarse á ingresar en un Hospital para ser tratados, así como á los pacientes con enfermedades venéreas, refractarios ó negligentes. Si una persona con enfermedad venérea en la fase contagiosa se compromete á casarse, el pastor ó sacerdote, encargado de sancionar el matrimonio, será informado para que lo impida. Si las autoridades de la salud pública locales no son obedecidas intervendrán los altos oficiales con el auxilio de la policía. Los pacientes tienen el derecho de apelar al rey, pero mientras decide dicha apelación no se reanjarán las medidas impuestas. Todas las medidas permanecerán estrictamente secretas. La ley abole la regulación de la prostitución.

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

**IODASA BELLOT**  
Solución titulada  
de **IDOPEPTONA**  
**ODO-FISIOLÓGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE**  
gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.— Todas las indicaciones del iodo y los yoduros. Sin iodismo.

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

Dosis.— Niños. . . De 5 á 20 gotas. —Adultos. . . de 10 á 50 gotas

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.— MADRID

**SOLUCION BENEDICTO**  
Glicerato 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 renales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

**PHOSPHORRENAL-ROBERT**  
(Reconstituyente)

Preparado por  
**JOSÉ ROBERT Y SOLER**  
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO:  
FARMACIA ROBERT · Laura 74 ·  
BARCELONA

**GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE**



El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MÉDICO por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.ª de la Cabeza, 1.

**¿NECESITA V. UN CICATRIZANTE PODEROSO?**  
**¿SI?** Pues use el **BÁLSAMO COLOFÓNICO UNIVERSAL**. De venta en Madrid, depósitos de Pérez Martín, E. Durán y farmacias de Gayoso y Borrell Hermanos.