

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 J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.	P. DEL RÍO HORTIGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.	JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.		F. TELLO Sub-Inspector General de Sanidad
			L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITALUGA. 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: La viscosidad de la sangre, por H. Rodríguez Pinilla.—¿Puede utilizarse la orina como antígeno para la reacción de Wassermann?, por José Arión Gende.—Tratamiento de la incontinencia esencial de orina en los niños, por F. González Aguilar.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decto Carlán.—Las enfermedades avariósicas y el presupuesto, por el doctor Martín Salazar.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

LA viscosidad de la sangre.

(Una consulta fisco-biológica)

POR

H. RODRIGUEZ PINILLA

Catedrático de Hidrología Médica.

El biólogo.—Vengo, colega naturalista, á consultaros un problema médico cuyo fundamento arranca de la Físico-química, y cuya resolución se ha de dar en conjunción con la fisiología.

El analista.—Veamos.

El biólogo.—La viscosidad de la sangre tiene cada día más interés para la Medicina. Deseo saber si influyen en el aumento ó disminución de la viscosidad de la sangre, determinados electrolitos. Para ello, se me ocurre mezclar con un líquido análogo á la sangre, determinadas soluciones de electrolitos.

El analista.—Eso tiene una grave dificultad, porque las soluciones electrolíticas coagulan esos líquidos; ya sabe usted, que la máxima conductividad de un líquido corresponde á la mínima viscosidad, y que la mínima viscosidad se debe al aumento de tamaño de las moléculas del solvente. Disminuida la viscosidad del solvente, el ion se mueve con más velocidad, y esto aumenta la conductividad.

El biólogo.—Sí, sí; y también recuerdo que los aniones tienden á aumentar la viscosidad del solvente, y ciertos cationes tienden á disminuirla. Pero mi cuestión es saber qué sales contribuyen á variar el índice ó coeficiente de viscosidad.

El analista.—Pero tropezará usted con la dificultad de

que un hidrosol se le convierta en gel, y en el cambio no podrá usted fijar una cifra segura, pues estará la solución en transformación á cada instante.

El biólogo.—Sin embargo, haciendo rápidamente la mezcla de una solución de ovo-albúmina, por ejemplo, con agua salada, ó con agua y cloruro de potasio, podrá ver variaciones de viscosidad que no se deban á la cantidad de soluto, sino á la calidad. En las venas se introducen soluciones electrolíticas, y no hay trombosis, es decir, no hay precipitados insolubles, y el peso específico de la sangre humana varía en momentos. ¿Qué es lo que contribuye á determinarlos?

El analista.—Contribuyen muchos factores, largos de explicar. Influyen, la concentración de hidrogen-iones, ó sea CH ; influyen la cantidad de compuestos básicos y generadores ácidos, principalmente del carbonato y fosfatos sódicos, generadores de H_2CO_3 y del $\text{H}_2\text{Ph}_2\text{O}_4$, de cuyos fosfatos y carbonato han de originarse los H^+ libres y los OH^-

según la razón $\frac{\text{H}_2\text{CO}_3}{\text{NaHCO}_3}$; influyen las sustancias no

electrolitos que no son por tanto conductoras, y que unas modifican la presión osmótica y otras no, y en fin, dicho más claro, influyen las sustancias de donde han de salir los ácidos carbónico y fosfórico que regulan la reacción del momento en la sangre.

El biólogo.—Temo no haber planteado á usted bien mis dudas, é insisto en ellas. Y como médico quisiera saber con qué medios podría disminuir ó aumentar en su caso la viscosidad de la sangre. Primera pregunta: Y cómo podría enterarme de ese grado de viscosidad actual. Segunda interrogación.

El analista.—Creo haberle entendido bien, y le respondo á lo primero enumerándole *grosso modo* las dificultades de la respuesta, y no le he dicho más que algunas referentes al problema global del líquido sanguíneo, pues falta tener en cuenta las modificaciones que impriman las funciones específicas de los epitelios vasculares, y las variables relaciones de la sangre con su ámbito extravascular, y que son función á su vez de la osmosis unas veces, casi siempre y de la difusión ó dialisis otras.

Como usted sabe, existen en la sangre unas sustancias que llama Henderson «de resorte» y que se encargan de mantener con escasas variaciones la reacción actual de la sangre. Por ejemplo, los ácidos carbónico y fosfórico tienen la propiedad notable de mantener la reacción constante cuando se encuentran presentes en una solución que también contenga un exceso de sus sales. Bajo estas circunstancias, la concentración de hidrogen-iones es casi exactamente igual al producto de la disociación constante del ácido, multiplicado por la razón entre el ácido libre y la sal, y como en la sangre existe habitualmente una cantidad de bicarbonato sódico, la bastante á producir de 50 á 65 c. c. de anhídrido carbónico por cada 100 c. c. de sangre, el ácido carbónico sufre escasas variaciones en tanto no deja de existir esta sustancia resorte. Y lo mismo puede decirse del ácido fosfórico, pues aunque el plasma contiene menos, muchos menos fosfatos que bicarbonatos, los tejidos contienen mucha mayor cantidad. Hacen, pues, estos cuerpos como de esponja que recoge los H^+ y los OH^- que pudieran intentar hegemonía, para que no salga el fluido de su neutralidad. Añada usted ahora la misión de las proteínas que son anfóteras—se combinan con ácidos y bases,—y tendrá ante su imaginación el cúmulo de factores que pueden influir sobre la viscosidad.

El biólogo.—Me habla usted de «disociación constante del ácido» y no acierto bien á conjuntar esto con la idea de que la sal de que procede se mantenga como sustancia esponja.

El analista.—Bien sencillo, y conviene que los médicos lo sepan bien, pues que será imposible sin comprender las leyes elementales de la disociación, considerar ciertos problemas como los que conciernen á las actividades de los fermentos, la presencia de corrientes eléctricas durante la actividad fisiológica de los músculos, glándulas y nervios, y la importante cuestión que acabamos de tratar. Recuerde usted que la contracción muscular está determinada—no digo producida—por la variación de las conductividades que tienen los tejidos responsables de la función, explicable por la independencia que tiene un ion respecto de otro en cuanto á su poder conductor. El sodio, el potasio, el nítrico, cloro-iones siendo univalentes y llevando cargas de la misma magnitud se mueven en una solución con distinta velocidad... Pero vamos á lo anterior.

La eficiencia de una disolución, como agente químico, es función de la separación ó disociación de sus elementos. Aumenta por esto en ciertos límites, con su dilución; pues entonces aumenta el número de átomos ó grupos de átomos con cargas eléctricas; es decir, aumenta el número de iones. Quedan, no obstante, en todas las soluciones una cifra de elementos no disociados, y otra de los disociados, denominándose «constante de disociación», precisamente al algoritmo que representa esa relación en una solución que contuviera un gramo equivalente, cuyo poder conductor está medido (conductividad molecular λ). Y aquí tendría que hablar á usted en matemática. Proyectando en una curva los valores de la conductividad molecular en sucesivas diluciones, el valor de una dilución infinita se aseguraría por

extrapolación. Dividiendo la conductividad molecular (λ) por este último valor (λ_∞) se obtiene el que representa el grado en que el electrolito está ionizado en las varias diluciones en que se ha medido la conductividad molecular.

Cualquiera que sea la interpretación que se dé á los fenómenos de osmosis, usted comprenderá que todo esto ha de influir en ellos y, por lo tanto, en la viscosidad de la sangre que á usted le interesa.

Por último, su segunda pregunta tiene más fácil respuesta. Se obtienen con el viscosímetro de Hess, para la sangre, datos muy curiosos. Su manejo lo habrá usted leído en el libro de Sahli y en las publicaciones del Dr. Martinet, gran creyente en la significación semeiótica de estos datos, y no insistiré.

Yo le aconsejo que siga interesándose por estos problemas prefados de dificultades, pero que también muestran horizontes nuevos para la clínica.

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE GALICIA Laboratorio de Patología general.

¿Puede utilizarse la orina como antígeno para la reacción de Wassermann?

FOR

JOSÉ ARIJÓN GENDE
(Ayudante del Laboratorio.)

En el número del 15 de Mayo de *La Semana Médica* publicó el Dr. J. Bacigalupo un artículo en el que afirmaba que la orina humana posee un poder antigénico comparable al de los extractos de hígado sifilítico y de corazón de cobayo. Según Bacigalupo, están dotados de poder antigénico, no sólo la orina procedente de individuos sifilíticos, sino también toda orina normal ó patológica. Se exceptúan, sin embargo, de esta regla las orinas albuminosas, las cuales fijarian el complemento en ausencia de suero sifilítico.

Con el objeto de someter á una comprobación experimental los trabajos de Bacigalupo, hemos realizado una serie de observaciones, cuyo resultado fué el siguiente:

Núm. 1.

Orina de sifilítico	Suero con W +	Suero normal	Solución del Cl. Na.	Complemento al 1/10	1 hora á la estufa	Mezcla antígeno por el. rojos	RESULTADOS
0,2	0,2	—	—	0,5	1 hora á la estufa 30°	2 c. c.	Hemolisis total.
0,2	—	0,2	—	0,5	—	2 —	Idem.
0,2	—	—	0,2	0,5	—	2 —	Idem.
0,2	—	—	—	0,5	—	2 —	Idem.

Núm. 2.

Orina de sifilítico	Suero con W +	Suero normal	Solución del Cl. Na.	Complemento al 1/10	1 hora á la estufa 30°	Mezcla antígeno por el. rojos	RESULTADOS
0,2	0,2	—	—	0,5	1 hora á la estufa 30°	2 c. c.	Hemolisis total.
0,2	—	0,2	—	0,5	—	2 —	Idem.
0,2	—	—	0,2	0,5	—	2 —	Idem.
0,2	—	—	—	0,5	—	2 —	Idem.

Núm. 3.

0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	2 c. c.	Hemolisis total.
0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	2 c. c.	Idem.
0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	2 c. c.	Idem.
0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	2 c. c.	Idem.

Núm. 4.

RESULTADOS						
Tubos.....	Orina de sifilitico.....	Orina normal.....	Suero con W+.....	Suero normal.....	Solución de Cl. Na.....	1/2 hora en la estufa a 37°
1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	2 c. c. Hemolisis total.
2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
6	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.

Núm. 5.

1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	2 c. c. Hemolisis total.
2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
6	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.

Núm. 6.

1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	2 c. c. Hemolisis total.
2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
6	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.

Núm. 7.

1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	2 c. c. Hemolisis total.
2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.
3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.
4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.
5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.
6	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.

Núm. 8.

RESULTADOS						
Tubos.....	O. de sifilitico inactivada a 56°	O. normal inactivada a 56°	Suero con W+.....	Suero normal.....	Solución de Cl. Na.....	1/2 hora en la estufa a 37°
1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	2 c. c. Hemolisis total.
2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.
3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.
4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.
5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.
6	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.

Núm. 9.

1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	2 c. c. Hemolisis total.
2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.
3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.
4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.
5	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.
6	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	Idem.

Núm. 10.

RESULTADOS						
Tubos.....	Orina de sifilitico.....	Orina normal.....	Suero con W+.....	Suero normal.....	Solución de Cl. Na.....	1/2 hora en la estufa a 37°
1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	2 c. c. Hemolisis total.
2	0,4	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
3	0,6	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
4	0,8	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
5	1 c. c.	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
6	—	0,2	0,2	0,2	0,5	Idem.
7	—	0,4	0,2	0,2	0,5	Idem.
8	—	0,6	0,2	0,2	0,5	Idem.
9	—	0,8	0,2	0,2	0,5	Idem.
10	—	1 c. c.	0,2	0,2	0,5	Idem.
11	0,4	—	0,2	0,2	0,5	Idem.
12	—	0,4	0,2	0,2	0,5	Idem.
13	0,8	—	0,2	0,2	0,5	Idem.
14	—	0,8	0,2	0,2	0,5	Idem.
15	1 c. c.	—	0,2	0,2	0,5	Idem.
16	—	1 c. c.	0,2	0,2	0,5	Idem.

Núm. 11 (reacciones).

Número.	W.	O.	Número.	W.	O.
1	+	—	21	+	—
2	+	—	22	+	—
3	+	—	23	+	—
4	—	—	24	+	—
5	—	—	25	+	—
6	—	—	26	+	—
7	+	—	27	+	—
8	+	—	28	+	—
9	+	—	29	—	—
10	+	—	30	—	—
11	—	—	31	+	—
12	—	—	32	+	—
13	—	—	33	+	—
14	—	—	34	—	—
15	—	—	35	—	—
16	+	—	36	—	—
17	+	—	37	—	—
18	+	—	38	+	—
19	+	—	39	+	—
20	+	—	40	+	—

Las conclusiones que pueden sacarse de estas experiencias contradicen los resultados publicados por Ba-cigalupo.

1.º La orina sifilitica no tiene poder antigénico. Operando con sueros que dan reacción Wassermann fuertemente positiva y utilizando como antígeno orina de sifilitico, se obtienen constantemente resultados negativos.

2.º Tampoco han mostrado capacidad antigénica las orinas normales y patológicas en nuestras experiencias.

3.º Así y todo, no puede negarse *a priori* que algunas orinas puedan funcionar como antígeno para la reacción de Wassermann; es posible, en efecto, que ciertos coloides urinarios posean capacidad antigénica cuando se encuentran a determinada concentración.

Tratamiento de la incontinencia esencial de orina en los niños ⁽¹⁾

por

F. GONZÁLEZ AGUILAR

Ocasión es esta de rechazar el medio por el cual asegura Heubner haber curado algunos casos. Con diversos pretextos y burdas razones que no resisten á la más leve crítica han ideado unos cuantos Herodes, disfrazados de hombres de ciencia, colgar por los pies, durante algunos minutos y en diarias sesiones, á los niños enuréticos. Rechazamos el colgamiento por los pies sin tener sobre él experiencia personal, porque su barbarie nos impide ensayarle; y protestamos de que se divague buscándole razones especiales. El niño que sabe que todos los días va á ir un señor á colgarle por los pies está sujeto á un pánico terrible que influye en él por el mismo mecanismo que influiría la administración de una diaria paliza. Que se catalogue, pues, este brutal remedio entre los educadores de naturaleza perversa, pero educadores, no entre los mecánicos de actuación puramente física. Y ya en su sitio, podrá entroncar dignamente con otro que cita Pillet declarando autor á Parcy, el cual propone que para tonificar la vejiga se administren al paciente cien golpes de vergajo.

Muchos más medios educadores se han recomendado á los cuales no debe alcanzarles la proscripción por crueldad, si bien creo que, aun cuando algunas veces hayan dado buen resultado, no merecen citarse más que á la ligera, pues su papel no pasa de la categoría de modestos coadyuvantes. En cuanto á su modo de obrar, no puede determinarse si lo hacen por sugestión ó por educación; probablemente por las dos cosas.

De entre todos estos medios señalaré dos: el uno, por lo racional; el otro, por lo ingenioso. Defendido el primero por Courtade, consiste en obligar al niño durante el día á retener sus orinas el mayor tiempo posible, y después á inyectarle dentro de la vejiga una solución acuosa de ácido bórico, solución cuya cantidad procurase aumentar en cada sesión. Aprovechase aquí la doble ventaja de conseguir lo que quiere Courtade, que es modificar lentamente las condiciones de tolerancia de la pared vesical para ser distendida y obligar al esfínter á una gimnasia de resistencia, y además, creo yo, ejercer una acción sugestiva ó educadora sobre el niño, de forma mucho más aceptable que las operaciones simuladas que aconseja Pillet.

Del medio que llamé ingenioso es autor Genouville. Consiste en colocar en la cama donde duerma el niño incontinente dos placas de tela metálica puestas cada una en contacto con cada uno de los dos reóforos de una pila eléctrica: las dos placas están separadas entre sí por una plancha de algodón en rama. Mojado que sea este algodón por la orina del niño, la corriente se establece y pone en acción un aparato de sonería muy ruidoso que violentamente despierta á aquél. Ingenio aparte, no creo de utilidad práctica el aparato y además viene á despertar al niño cuando ya orinó,

cosa que sucede á una gran parte de enuréticos, oficiando de despertador el acto de la mojadura. También deberá tenerse en cuenta, antes de usar el medio propuesto por Genouville, la mayor ó menor impresionabilidad del enfermito, é igualmente estudiaremos si hay facilidad para provocarse espasmos de la uretra del niño, antes de someterlo á las prácticas de distensión de vejiga de que hemos hablado al describir el procedimiento de Courtade.

Terminaremos lo que se refiere á tratamiento educativo, exponiendo que, á nuestro entender, lo mejor que puede hacerse con un niño enurético, es no amenazarle, no castigarle, no reñirle, ayudarle á ocultar su defecto para que no se mofen de él sus compañeros, amigos ó hermanos, recomendarle atención para orinar cuantas veces despierte por la noche y, más que nada, procurar que de día orine de tarde en tarde, despertarlo de noche, obligándole á orinar media hora ó una hora antes de aquella en que se haya observado tenga la costumbre de hacer la micción involuntaria, y, además, volverlo á despertar dos ó tres veces por noche, obligándole á orinar. De este modo, aun cuando se pierda algo en resistencia de distensibilidad vesical y contractilidad de esfínter, se ganará con enorme ventaja en que el organismo se acostumbre á no hacer ninguna micción sin plena consciencia de dicho acto.

Medios físicos.—Recomendada la *gimnasia*, no he de decir de ella más sino que, aparte su beneficiosa acción general, no cumple con ningún fin directo. Por consiguiente, su aplicación corresponde más bien á la higiene general del enurético que al tratamiento especial del mismo.

Igual puede decirse de la *hidroterapia*. Ya hemos hablado de ella en el momento oportuno, y hasta hemos señalado la especialización de ciertas aguas minerales (clorurado-sódicas sulfurosas frías), como las de Paracuellos de Giloca y las de Uriage, para el tratamiento general de los incontinentes. Únicamente volvemos á insistir sobre este medio terapéutico, en cuanto á sus posibles y recomendables aplicaciones locales en forma de duchas perineales y baños de asiento. Puede también obtenerse efecto útil de tonificación del esfínter membranoso, mediante duchas escocesas intestinales, en tanto cuanto no haya ninguna contraindicación de estímulo rectal excesivo.

Modernamente se han recomendado los baños de sol (*helioterapia*) aplicados en las regiones pudenda y perineal: ello me parece completamente inútil, y no creo obedezca el consejo á otra cosa más que al afán que —por modas imperdonables— se ha tenido en estos últimos tiempos de aplicar la acción del sol (tan beneficiosa cuando está indicada) á tontas y á locas.

El *masaje* local y los cateterismos repetidos han sido preconizados como muy convenientes. Del primero, solo sé decir que no tiene aplicación más que en las incontinencias de hembras que no tengan himen á respetar (puesto que el masaje hecho á través del recto, como le realiza un señor Bestschinsky, citado por Comby, es una reprochable brutalidad), y aun cuando no niego que en aquellas pueda llegar á conseguirse

(1) Véase el número anterior.

una mayor actividad funcional del esfínter, sí afirmo—sin gazmoñería de ningún género incompatible con mi positivista credo científico— que tal procedimiento me parece inmoral por indecoroso, masturbador por forzoso mecanismo, é inútil porque imposiciones sociales se opondrán á la necesaria constancia de actuación.

El repetido cateterismo de la uretra sí puede llegar á curar la incontinencia, despertando, como dice Courtade, la sensibilidad refleja de la región membranosa; pero, aparte de que fracasa en la mayoría de los casos, es un método que rechaza mi experiencia y mi lógica personales. La primera por haberme enseñado cuánta es la oposición que hacen los niños á dejarse cateterizar, y la segunda diciéndome que ya que se venzan las voluntades infantiles para conseguir la introducción de un catéter, deberá aprovecharse la presencia de éste con el desarrollo de acciones que superen á la exclusivamente mecánica (instilaciones de nitrato de plata ó de tintura de cantárida, cauterizaciones con el gálvano aconsejadas por Guyon, etc.).

Los austriacos—que suelen tener la misma flexibilidad lógica que los alemanes—utilizan un procedimiento mecánico para los casos de atonía del esfínter. Puesto que éste cede en cuanto sobre él actúa la orina, hacen que el niño duerma en una cama cuyos pies forman con la cabecera un ángulo de 45°, y de este modo la vejiga tarda más en llenarse y, ya llena, la orina no aumenta su presión sobre el esfínter con la gravitación de su masa. El procedimiento, defendido por Tienhoven y citado por Unger, además de pertenecer á la «variedad inquisitorial», tiene el peligro que puede acarrear la perturbación circulatoria de la cabeza.

Y quedamos por estudiar en este grupo de medios físicos, uno de los principales tratamientos—ya que no el principal—de la incontinencia esencial de orina. Me refiero á la aplicación de la *electricidad*.

Hay que confesar que en este punto, como en tantos otros que á cuestiones urológicas se refieren, cabe á Guyon la gloria de ser siempre el gran maestro, nunca retrasado ni sustituido, á pesar de su ancianidad. El procedimiento suyo de electrizar directamente los esfínteres de la región membranosa, sigue siendo el más generalmente aceptado, y aun las modificaciones técnicas defendidas por Weill, Donner, Courtade, Cudin y otros, no hacen referencia más que á ligeras variantes relacionadas con la edad y el sexo de los enfermitos.

El método de Guyon consiste en utilizar la electricidad inducida, dando siempre la preferencia á bobinas de hilo grueso. Aplica los dos polos del modo siguiente: el negativo actuando directamente sobre el esfínter; el positivo colocado exteriormente, en forma de polo indiferente, sobre la región abdominal inferior ó sobre la lumbar. Este polo tiene para su aplicación una placa terminal metálica de 60 á 80 centímetros cuadrados recubierta de una capa de algodón en rama ó tejido esponjoso que permita empaparla de agua templada y que sirva de tabique intermedio entre la superficie metálica y la piel del enfermo. El otro polo (negativo)

está constituido en su terminación por un catéter de eje metálico cuya especialidad consiste en estar cubierto de una capa sedo-gomosa absolutamente aisladora, excepto en una franja parcelaria de la oliva metálica final, franja que radica en el segmento de la oliva que corresponde á su implantación en el catéter. El conjunto de éste es de una flexibilidad relativa, á pesar de la naturaleza metálica de su eje.

Para su colocación, deberemos introducirlo hasta llegar con plena seguridad á la uretra prostática, y después se retirará muy poco á poco hasta que notemos la resistencia que al retroceso de la oliva opone el esfínter membranoso, sobre el cual vendrá á descansar la franja de la oliva que está libre de capa aisladora. Explíquese así, con toda claridad, la actuación de la corriente sobre el esfínter.

Mas conviene que fijemos mucho la atención sobre el modo de actuar. Ya creo haber dicho que Guyon prefiere siempre la bobina de hilo grueso, y muy especialmente aconseja que las intermitencias de la faradización deberán ser muy lentas (2 ó 3 por segundo). Nosotros creemos que todavía conviene aumentar la lentitud y fijarla especialísimamente en una *intermitencia por segundo*. Fundamentamos esta opinión en los estudios hechos por Debedat, que han demostrado de modo palpable la facilidad con que se atrofian las fibras musculares que insistentemente fueron sometidas á faradizaciones de rápidas y frecuentes intermitencias; aparte de que éstas pueden dar lugar á la tetanización de aquellas (1). Y, en cambio, el mismo Debedat ha visto y comprobado por experiencias concluyentes, cómo han aumentado de volumen y adquirido perfecta nutrición y potencialidad contráctil, músculos sometidos á faradizaciones de intermitencias distanciadas y rítmicas.

En cuanto á la intensidad de la corriente, yo siempre he prescindido de cuantas regulaciones se han aconsejado, y me he sometido (dentro, claro es, de una pequeña intensidad) á la resistencia personal del enfermo, adaptando aquélla á la tolerancia de ésta. Nunca tuve que arrepentirme de tal conducta, que tiene la ventaja de que los niños soporten gustosos un tratamiento que, de llegar á molestarles seriamente, sería protestado y tal vez imposible de realizar. Sesiones diarias al principio, y distanciadas prudencialmente después (tres semanales, dos semanales, etc.), y duración de cinco á seis minutos cada sesión, son las líneas generales que me quedan por citar del método de Guyon.

Nos encontraremos muchas veces con que la extrema sensibilidad de la uretra en los niños (y aun en adolescentes y adultos), nos impedirá hacer uso del catéter con oliva terminal. En tal caso no deberemos renunciar á la electricidad inducida, sino que colocaremos el polo negativo adaptado á la parte posterior del periné, por delante del ano, y utilizaremos, como electrodo para este polo, un disco de carbón de dos centímetros de diámetro cubierto con tejido esponjoso de al-

(1) Sabido es que, con la exclusiva excepción de la fibra cardíaca (excepción de soberana previsión de la Naturaleza), toda fibra muscular es susceptible de nuevo estímulo en plena actividad de estímulo anterior.

godón. Como en el método de Guyon, las intermitencias serán muy lentas y se usará la bobina de hilo grueso. Hace más de cincuenta años que Mallez utilizó las corrientes galvánicas para tratar la incontinencia esencial de orina; mas esta clase de electrización ha sido siempre desechada por la facilidad de producirse escaras en los puntos de aplicación de los electrodos, de los que uno es igual al indiferente del método de Guyon, y el otro difiere poco de una bujía de Newmann. Sin embargo, parece ser que, muy recientemente, se ha tratado de resucitar este procedimiento, empleando una corriente muy débil de dos ó tres miliamperios, y siguiendo con cuidado, en la técnica, la costumbre de mover frecuentemente el electrodo activo y cortar la corriente periódica é insistentemente mediante un metrónomo.

No encuentro razón alguna para usar la galvanización, cuya acción es muy incierta y hasta peligrosa, cuando todas las ventajas están de parte de la faradización que defiende Guyon. Únicamente para casos de aplicación perineal, y siempre que la incontinencia sea motivada por atonía del esfínter externo, pudiera aceptarse la indicación de las corrientes galvánicas de 8 á 10 miliamperios.

No tengo experiencia personal, ni de referencia directa, sobre la manera de utilizar la galvanización que preconiza Weill, el cual llega á corrientes de 50 y 60 miliamperios, y emplea en las mujeres la alta frecuencia, introduciendo en la vagina el electro-condensador de Oudin ó el de Donner. Creo este método exagerado y nunca me atreví á ensayarle, ni le he visto ensayar.

Citaré, por último, también sin experiencia propia, el procedimiento de Bordier. Consiste en la franklinización hertziana, conocida con el nombre de *corrientes de Morton*. Producense ocho ó diez chispas por segundo que originan otras tantas contracciones del esfínter, adonde fueron conducidas por una sonda parecida al catéter-electrodo de Guyon. El autor afirma no ser doloroso su procedimiento.

Ya dijimos antes la importancia de la electroterapia en el tratamiento de la incontinencia esencial de orina. Añadiré ahora que, según Courtade, se obtienen con ella un 55 por 100 de curaciones y un 85 por 100 de actuaciones favorables. Sin haber yo obtenido resultados tan brillantes, debo declarar que, en casos que juzgué rebeldes á todo tratamiento, conseguí su curación mediante la faradización; si bien en algunos volvió á presentarse la incontinencia después de un período de tiempo superior á un año. Courtade afirma que no debe desesperarse si la electrización no da resultado; sino que se debe dejar descansar al enfermo durante unos meses y luego volver á electrizarle, habiendo él obtenido curaciones radicales á la primera sesión de la segunda etapa.

Tratamiento químico.—Como ya hemos expuesto sinópticamente, todos los productos farmacológicos más ó menos recomendados para curar la incontinencia esencial de orina, pueden reducirse á dos grupos, en lógica consonancia con la forma clínica de la incontinencia y con su más directa causa de alteración funcional.

Desde los tiempos de Trousseau viene imperando la estriquina para combatir la forma atónica, é igualmente fué Trousseau quien impuso la belladona como específico de la forma con irritabilidad vesical; por más que en cuanto al uso de este medicamento, no hizo más que propagar con su autoridad lo que Bretonneau había anteriormente recomendado.

La mejor forma de administrar la estriquina á los niños, es en jarabe; pero á mí me parecen exageradas las dosis de 0,0025 gramos que suelen dar los franceses. A pesar de que hoy día la estriquina es medicamento que damos en cantidades relativamente grandes para combatir determinadas enfermedades nerviosas, yo creo que en los niños nunca deberemos pasar de un miligramo por vez y tres por día, y siempre empezando por dosis mucho más pequeñas (dos dosis diarias de un cuarto de miligramo cada una).

Tratando de llenar igual indicación que con la estriquina—y prescindiendo de las defensas que se han hecho de sus diversas sales, principalmente del nitrato, por Vogel—, se han aconsejado muchos medicamentos, tales como el cornezuelo de centeno (1) ó su ergotina, la cafeína (que no sirve para nada), la quinina (que le pasa lo mismo), la digital (cuya acción creo perniciosa), la cantárida (que es peligrosísima) y, más que otros, el *rhus aromaticus* (Descroizilles), el *rhus radicans* (Saint-Philippe) y el *rhus toxicodendron*, muy generalizado entre los médicos antillanos, á fines del siglo XIX.

Si larga es la lista de medicamentos estimulantes (casi todos inútiles, si no perjudiciales, excepción hecha de la estriquina en sus sales sulfato y nitrato), no lo es menos la de los medicamentos sedantes. Los bromuros, el cloral, el opio y sus alcaloides, la antipirina y otros derivados de la quinoleína (acétanilida, tallina y kairina), etc., figuran en dicha lista, defendidos con estadísticas de éxitos seguramente ciertos, pero de patente inconstancia. No me detendré á examinarlos uno por uno, puesto que todos ellos no han tenido más que vida efímera en las prácticas particulares y clínicas de paidología, y llamaré únicamente la atención sobre dos medicamentos, consagrado el uno por el tiempo, y recientemente el otro en terapéutica. Son la belladona y el quietol.

Utilízase la primera como tal, ó mediante su alcaloide, la atropina. Yo jamás empleo ésta. Por muy bien dosificada que podamos darla, no se me alcanza la razón de sustituir con ella á la belladona, cuando se aumentan los peligros que ésta tiene y no precisa llenar ninguna indicación de urgencia.

Como regla general para la administración de la belladona, puede decirse que deberá comenzarse por un centigramo y, según tolerancia del enfermo, se irá aumentando la cantidad, avanzando muy lentamente en dicho aumento. Realmente puede llegarse á dar cantidades formidables (0,15, 0,18 y 0,20 gramos), pero ha de ser con la condición de progresar muy paulatinamente y de observar con excesivo cuidado al enfermito.

(1) Las afamadas píldoras de Grimaux no son más que un preparado de cornezuelo de centeno mezclado con un ferruginoso.

En los niños muy pequeños (tres á cinco años) deberá comenzarse por 5 miligramos.—La forma medicamentosa más preferible es la de píldoras; es condición muy digna de tenerse en cuenta que las píldoras se tomen recientemente hechas y que el azúcar sea su único excipiente. De ese modo se evitarán acumulaciones intestinales y absorciones en bloque, siempre muy peligrosas.—La hora de elección será: por la noche, al acostarse el enfermo, como única vez al día.

(Se concluirá.)

Periódicos médicos.

MEDICINA INTERNA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Un caso de hemorragia cerebral de etiología dudosa.**—D. Miguel Carreras expone el siguiente caso clínico: N. S., de setenta años de edad, y R. M., de cincuenta y dos, ambas del sexo femenino, arterio-esclerósica la primera y de débil constitución la segunda, entablan una disputa que degenera en riña violenta, con frases y epítetos de todos los calibres, y como terminación, unos puñetazos que la más joven propina á la más vieja, golpes que, según testigos, fueron dados en la cabeza. Transcurre una hora, que emplea la agredida en dar parte al juez; apenas regresa á su casa, cuando de repente cae al suelo, con pérdida absoluta del conocimiento, sufriendo un verdadero «insulto apoplético». Sin movimientos convulsivos, sin fenómenos clínicos ni tónicos, pasa la enferma al período comatoso, y en tal estado tenemos ocasión de examinarla.

Es una mujer de mediana talla, apenas nutrida, sin lesión ni huella reveladora de traumatismo.

Abolición absoluta de movimientos activos, ninguna resistencia á los pasivos. Los reflejos cutáneos y los corneales, negativos; los tendinosos, disminuidos, pero no negativos. Pupilas dilatadas, sin reacción á la luz, ptosis de ambos párpados, sin desviación conjugada de la cabeza y ojos.

La respiración lenta, profunda, con el llamado «soplo de fumador en pipa».

Pulso, 84 al minuto, y tanto las radiales como las temporales, duras al tacto, esclerosadas.

Existía incontinencia de orina y heces fecales. La temperatura ligeramente subnormal, se elevó poco á poco, alcanzando á las cuarenta y ocho horas 39°.

El examen de la orina fué negativo para la albúmina y glucosa.

El período comatoso se prolongó durante ocho días con más ó menos intensidad, pues únicamente la sensibilidad reapareció, si bien débilmente, así como la deglución.

Al octavo día murió la enferma.

Diagnóstico.—Desde el primer momento pensamos en una hemorragia cerebral, dado el cuadro clínico que presenciábamos, puesto que la falta de pródromos, la rapidez del «insulto», la persistencia del «coma», la falta de lesiones cardíacas, la midriasis, el examen negativo de la orina y la pirexia nos hicieron eliminar la embolia, trombosis, la simple conmoción cerebral, la uremia, diabetes y alguna otra enfermedad, en cuyo cuadro sintomático se presenta el «coma».

Pronóstico.—Le consideramos mortal ut plurimum, dada la persistencia del estado comatoso y la elevación de la temperatura.

Tratamiento.—El empleado fué el corriente en estos casos: emisiones sanguíneas, refrigeración local, derivación intestinal, etc., etc.

Autopsia.—El resultado de la misma, practicada con la colaboración de mi buen compañero D. Lorenzo Bravo, confirmó el diagnóstico establecido; el hemisferio izquierdo era asiento de una colección de sangre y coágulos ocasionados por una intensa hemorragia, que había fraguado una cavidad con destrozo de casi toda la masa cerebral correspondiente, particularmente de los lóbulos parietal y occipital, en tal magnitud, que nos fué imposible determinar el punto de origen de la sangre, el vaso roto.

Consideraciones.—La mal reflejada historia clínica que he tenido el honor de poner á vuestra consideración, es, como podéis haber visto, la de una de tantas hemorragias cerebrales, pero tiene, á mi modo de ver, alguna importancia por lo siguiente: 1.º, por haber podido comprobar, mediante la necropsia, el diagnóstico clínico, cosa que en la práctica rural rara vez ocurre, á la vez que examinar un foco hemorrágico de las enormes dimensiones del descrito, todo sin lesión externa, y 2.º, las reflexiones que sugiere el estudio de la etiología de esta hemorragia.

¿Tuvieron intervención los golpes sufridos por la historiada en la producción del accidente que la originó la muerte? ¿Fueron causa de la rotura vascular y, por consiguiente, de la hemorragia? Según nuestro modo de pensar, el mecanismo de su producción fué el siguiente:

Tratándose de una mujer de edad avanzada, con algunas lesiones ateromatosas, pudo muy bien, más que los golpes sufridos, la emoción intensa de cólera experimentada, provocar un aumento de la presión sanguínea, aumento que obrando sobre los vasos lesionados, provocó la rotura de uno de ellos—probablemente de los centrales, con todo el cuadro sintomático subsiguiente—y prueba la poca eficacia de los traumatismos, la falta de lesión exterior en el punto contundido, la poca propulsión con que fueron propinados los golpes, pues ya dijimos que la agresora carecía de la suficiente fuerza por ser de débil constitución. Este es nuestro modesto parecer. (*Boletín del Colegio Médico de Palencia* Noviembre de 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **La auscultación diferencial simultánea y alternativa, por el Dr. León Azoulay.**—La auscultación diferencial consiste en auscultar dos puntos de un mismo órgano ó dos órganos diferentes, con dos estetoscopos que traen á cada oído los ruidos recogidos aisladamente por cada uno de ellos.

Esta auscultación diferencial es *simultánea* cuando se perciben al mismo tiempo los ruidos transmitidos, y *alternativa*, cuando se comparan sucesivamente los ruidos llevados á cada oído.

Este modo de auscultación puede prestar verdaderos servicios, tanto en clínica como en propedéutica.

Permite comparar la intensidad, el timbre, la duración, el momento, el foco máximo, etc., de los dos ruidos cardíacos, el sincronismo ó el asincronismo de los ruidos arteriales ó venosos con los del corazón, con mucha más seguridad que por la palpación; los caracteres de la respiración de los vértices de los dos pulmones, etc.

Se la puede utilizar para apreciar la sonoridad relativa y los límites de los órganos por la percusión, permitiendo además al alumno poco experimentado aprender á reconocer los ruidos anormales del corazón, de los pulmones, etc., sobre todo por auscultación alternativa del órgano sano y del enfermo.

Para obtener buenos resultados hace falta conocer la acuidad auditiva de cada oído, para confiar al mejor los ruidos más débiles.

Es conveniente auscultar primero directamente para orientarse y saber lo que hay que dilucidar.

En realidad, se puede auscultar uno de los puntos directamente ó con un estetoscopio de Lañec y el otro con un estetoscopio con tubo conductor de caucho aplicado al otro oído. Pero en la práctica es mejor hacer la auscultación con el estetoscopio biauricular con dos receptores en vez de uno.

Nuestras experiencias nos han enseñado que el calibre del orificio del extremo auricular debe tener de 6 á 8 milímetros de diámetro (calibre medio del orificio auditivo externo), debiendo aumentar este diámetro cuanto menor sea la acuidad auditiva, ó más débiles los ruidos que se deban oír.

Los pabellones se deben colocar en los focos máximos y apoyarlos de manera que los ruidos se oigan con la mayor intensidad posible.

Hay que advertir que la presión ejercida sobre los pabellones debe ser variable según el espesor de la piel, y según los focos; así para el corazón en un individuo delgado se puede apoyar fuerte en la punta, mientras que en el foco aórtico basta con colocar suavemente el pabellón.

Sujetándolos por el tubo de caucho, hay la posibilidad de variar la presión y de atenuar é incluso extinguir los ruidos por compresión digital del tubo, lo que facilita la comparación de los ruidos.

Es conveniente hacer la transposición de los pabellones, para comprobar las diferencias percibidas.

La mayor parte de los médicos que han ensayado esta auscultación, han podido desde la primera vez oír simultáneamente los ruidos transmitidos á cada oído, haciendo la comparación y la diferenciación de ellos.

La auscultación diferencial es tan poco conocida en Francia que creíamos haber sido los primeros en hablar de ello. En realidad, no es nueva. Da Costa, en su *Manual of diagnosis* (1881), obra clásica en los Estados Unidos, habla de ella y del estetoscopio biauricular y bifocal de Alison, que parece ser el primero que pensó en este método de investigación.

Lo cierto es que este modo de auscultación puede prestar grandes servicios en muchos casos, como hemos podido demostrar, examinando pulmones y corazones; primero, por el procedimiento corriente, y después, por el nuestro, y sobre todo haciéndolo ensayar por un cierto número de médicos en los hospitales.

Por esto hemos creído conveniente publicar este suplemento de información diagnóstica que puede mejorarse con instrumentación más apropiada. (*Société médicale des Hôpitaux*).—J. F.

3. La ausencia del apéndice xifoides, como signo de sífilis hereditaria.—En la sesión del 28 de Noviembre, de la Société Médicale des Hôpitaux, M. Louis Queyrat llamó la atención sobre una malformación, según él muy frecuente en los heredo-sifilíticos, y que hasta aquí no había sido señalada: la ausencia del apéndice xifoides. En todos sus enfermos busca sistemáticamente la *axifoidia*, y cree que ésta debe ocupar un sitio importante al lado de las distrofias y faltas de desarrollo que se dan como estigmas de heredo-sífilis.

Como caso clínico en apoyo de su tesis, presenta á la señorita María P., de catorce años, heredo-específica, que tuvo á la edad de cinco años una queratitis intersticial bilateral, de la que quedó casi ciega.

Un tratamiento mercurial [hecho por el Dr. Terrien, y tres series de arsenobenzol (la primera de un total de 2 gramos 50 centigramos, la segunda de 2 gramos, y la tercera de 2 gramos 70), la curaron casi completamente de sus le-

siones oculares, pues apenas le quedó un ligero estado nebuloso en la córnea que no dificulta nada la visión.

La suero-reacción era y es todavía, á pesar de todos los tratamientos, completamente positiva.

En la enferma hay ausencia completa del apéndice xifoides.

Ha elegido esta enferma, para demostrar la *axifoidia*, como síntoma de sífilis-hereditaria, porque en ella existen muy pocas distrofias y faltas de desarrollo; estando lejos de ser un museo de malformaciones como el niño presentado por él anteriormente y que también carecía de apéndice.

La falta de desarrollo del apéndice xifoides se encuentra asociado, á veces, con sólo muy pequeñas manifestaciones de sífilis-hereditaria y, por esto mismo, cree deber conceder á éste signo una gran importancia.—J. Farrero.

4. El tratamiento del reumatismo articular agudo por medio de las inyecciones intravenosas de urotropina, por el Dr. F. Deutsch.—El tratamiento del reumatismo articular agudo tiende siempre, además de suprimir las manifestaciones agudas, á evitar la aparición de la complicación más grave de esta enfermedad, la endocarditis. A este fin se han empleado los alcalinos que neutralizan el ácido láctico, á quien se han atribuido las manifestaciones del reumatismo, el ácido salicílico y salicilatos que al parecer tienen apetencia especial por las articulaciones, pero no se ha llegado á alcanzar.

En la actualidad el valor de toda terapéutica antirreumática se mide por el resultado que se consiga en este sentido. Como quiera que no se ha podido hallar un agente al que atribuir con toda certeza la producción de los trastornos que al reumatismo caracterizan, resulta que todo tratamiento lleva consigo probabilidades de éxito, pero también probabilidades de fracaso. En realidad, así que la enfermedad se ha manifestado como tal, no cree el autor que se pueda evitar la alteración de las válvulas, porque las lesiones de éstas se producen, gracias á la especial estructura de su tejido, al mismo tiempo que las articulares; y si estas últimas ceden principalmente gracias al reposo, como éste es imposible de conseguir en las válvulas cardíacas, por eso tiene lugar con tanta facilidad la localización de los microbios en ellas. Hace ya varios años que el autor pensó en la administración intravenosa de la urotropina como tratamiento del reumatismo, principalmente de la endocarditis consecutiva, pero tuvo que dejarlo por falta de resultado.

El formol que se desprende de la urotropina no puede tener efecto bactericida, porque según han demostrado estudios posteriores, sólo se encuentra en la sangre á una concentración demasiado baja para que pueda ser activo. La menor concentración bactericida es al 1 por 10.000.

Ahora bien; si en la sangre hay tan exigua cantidad de formaldehído y si en la orina se encuentra muy poca cantidad más, es porque la urotropina sólo se desdobla en medios ácidos como la orina ó el jugo gástrico, y no en los alcalinos como la sangre. Mientras el formol se halla en tan escasa proporción se encuentra en todos los humores del organismo urotropina misma en bastante abundancia, muy poco tiempo después de haberla administrado. Las pequeñas cantidades de formol que de todos modos se han visto en los humores orgánicos dependen, sin duda, de que el calor también es capaz de desdoblar algo de urotropina, y la temperatura del cuerpo sería suficiente á producir un poco de formol; esto aparte de que la urotropina lleva siempre una pequeña proporción de formol libre que se demuestra en el análisis y que se toma por procedente de la descomposición. Se ha atribuido papel bactericida á la urotropina en sí, y en realidad no se comprende el efecto de esta substan-

cia en la cistitis, siendo así que es muy poca la proporción de ella que se convierte en formaldehído, y la mayor parte abandona el organismo sin descomponerse. Experimentos hechos por otra parte con el fin de poner de manifiesto dicha acción bactericida de la urotropina, en substancia, no han dado resultado positivo. El autor ha repetido estos experimentos y ha llegado á la conclusión de que la urotropina por sí misma carece en absoluto de acción sobre los estreptococos y sobre los bacilos coli, siendo, en cambio, eficaz sobre el proteus y el estreptococo. Además, la eficacia que como antiséptico desarrolla es para impedir que los gérmenes se reproduzcan, no para conseguir matarlos. Por otra parte, sólo se desarrolla su acción cuando se halla diluida á lo sumo al 6 por 1.000; las soluciones más activas son aquellas cuya concentración varía entre 1 y 2 por 100. De sus estudios deduce el autor que si la urotropina es indudablemente eficaz en la desinfección de algunas regiones del organismo que contienen humores alcalinos como las vías biliares, es porque impide el desarrollo de los gérmenes, y de este modo prepara el terreno á la acción de las pequeñas dosis de formaldehído que se desarrollan merced á la temperatura del cuerpo. También llega el autor á la conclusión de que para obtener efecto de la urotropina, se necesita que ésta se encuentre en una proporción suficiente. Con objeto de administrar dosis suficientes sin necesidad de sobrecargar el estómago, recurrió el autor á la vía intravenosa, empleando primero soluciones al 20 por 100 en cantidad de 10 á 20 c. c., y luego solución al 30 por 100 en igual cantidad. Estas soluciones son muy alcalinas; al esterilizarlas se descompone por el calor parte de la urotropina, dando lugar á la producción de formaldehído que es inyectado al mismo tiempo que la urotropina, sin que esto lleve consigo inconveniente alguno. Las inyecciones son indoloras si están bien puestas, pero producen un escozor inmediato y muy intenso si alguna gota del líquido cae en el tejido celular subcutáneo, escozor que desaparece espontáneamente á los pocos minutos, sin dejar jamás absceso. Una consecuencia poco agradable de las inyecciones de urotropina es la elevación de temperatura.

Como se pensó al estudiar los accidentes que sobrevenían á consecuencia de las inyecciones de salvarsan, también aquí se atribuyó la elevación de temperatura á la cantidad relativamente elevada de agua destilada que se inyectaba. Desde que el autor se apercibió de semejante inconveniente puso las inyecciones con suero fisiológico, pero, no obstante, la temperatura siguió siendo algo elevada mientras duraban las inyecciones, y descendía rápidamente á la normal así que éstas se suspendían. Sin embargo, hubo una diferencia entre ambos disolventes: con el agua destilada se dió lugar á veces á un escalofrío violento consecutivo á la primera inyección y fiebre alta, hasta 40°. Con el suero fisiológico la elevación de temperatura existía, pero era menor y faltaba el escalofrío y la fiebre intensa del primer día. Otra de las consecuencias nocivas de las inyecciones de urotropina es la producción de cistitis ligera ó, por lo menos de irritación de la mucosa de la vejiga que se manifiesta por ligera polaquiuria, escozor al orinar y, á veces, hematuria. Estos trastornos cuando se presentaban lo hacían siempre después de cuatro á ocho inyecciones cuando las manifestaciones articulares habían desaparecido. Se ponía una inyección diaria; el número de ellas osciló entre tres y quince además, se dió á algunos de los enfermos, los más graves urotropina por vía gástrica á la dosis de dos gramos diarios. En 58 de 61 casos tratados, no se presentó recidiva, después de una curación absoluta de las lesiones articulares y eso que fueron observados por espacio de varias semanas

después de dados de alta. En dos casos se presentaron recidivas á los ocho días de darlos por curados, pero estos nuevos brotes curaron también al poco tiempo, gracias á la terapéutica misma que había acabado con la primera manifestación. Los otros tres casos fueron de fracaso, pero se debe advertir que ocurrieron cuando todavía se estaba empezando á estudiar el método. No se asoció al tratamiento con la urotropina ningún otro, salvo el local, con envolturas calientes en los sitios afectos. En cuanto á la acción de la urotropina como método preventivo de las lesiones endocárdicas no cree el autor que sea apreciable, pues en los casos vistos por él en que la enfermedad se presentaba por primera vez, y por lo regular llevaba solo pocos días de evolución, las lesiones cardíacas existían en un tanto por ciento igual ó muy semejante al que se presenta en los reumáticos antiguos. Es decir, que una vez que hay procesos reumáticos articulares, las lesiones endocárdicas no se pueden ya evitar, porque si las válvulas estaban predispuestas se encontrarán lesionadas ya. Ninguno de los casos que se presentaron sin endocarditis sufrió esta complicación, pero semejante éxito no se debe á la terapéutica seguida, sino á que el endocardio no estaba predispuesto á la enfermedad. Cuando los enfermos habían padecido dos ó más veces la enfermedad, el tratamiento tuvo que ser más largo que en los que la padecían por vez primera, pero nunca pasó de dos semanas. Las articulaciones enfermas sufrían bajo la acción del tratamiento una reacción al principio, de modo que su tumefacción aumentaba y el dolor también; mas adelante disminuían las lesiones á ojos vista hasta desaparecer. Nunca sobrevino una hinchazón permanente ni una anquilosis.

Al producirse el descenso de la temperatura por lisis se evitan los sudores que tan molestos resultan en el tratamiento por los salicilatos. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 6 de Noviembre de 1919.)

LARINGOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Mastoiditis gripales, por Jacques y Daure.** — La epidemia última, en lo que aún es posible formar juicio, ha sido más benigna que otras en cuanto á complicaciones otorinolaringológicas.

Han operado los autores 11 casos, cuya historia clínica exponen, clasificándolos de esta manera:

Formas apicales con tendencia preponderante á la fistulización profunda, hacia la fosa yugodigástrica, 7; formas aberrantes posteriores con reacción timpánica ligera, 2; formas osteíticas, probablemente tuberculosas, 2.

Tomadas aisladamente estas diversas observaciones, no ofrecen aspectos distintos de la antigua mastoiditis de Belsold.

Las alteraciones predominantes de la otitis son la regla en las complicaciones anexas de la otitis; lo singular ha sido el polimorfismo de su expresión clínica, que constituye un hecho nuevo, característico de la constitución nosológica de la epidemia gripal última: evolución insidiosa, aparición sucesiva y generalmente tardía de focos en apariencia independientes del oído, reacción auricular insignificante y pasajera, lesiones lejanas, graves y extensas: tales han sido los rasgos más salientes de los casos observados. Parece como si el virus gripal en esta epidemia hubiera gozado de una difusibilidad especial y de una notable propensión á abandonar las primeras vías, donde de ordinario se fija, para ejercer toda su malignidad en la profundidad de los tejidos periósticos y pulmonares. (*Revue de Laryngologie, d'Otologie y de Rhinologie*, núm. 16, de 1919).— L. P.

2. **Embolia gaseosa por el seno lateral consecutiva á trepanación mastoidea, por A. Barraud.**—Sujeto de sesenta y dos años, que adquiere una erisipela facial, se le presenta otorrea, perforación del tímpano, sensibilidad exagerada á la presión en la apófisis mastoidea, la pared posterosuperior del conducto auditivo parece empujada hacia abajo, y fiebre de 39°. Al trepanar, las células de la apófisis y del antro se encuentran llenas de pus. Pequeñas células infectadas recubren el seno lateral, y una de ellas se abre directamente sobre el seno, alrededor del cual se halla un pequeño absceso perisinuoso de un centímetro cuadrado de superficie. El seno es puesto al descubierto en unos 4 centímetros de longitud, está lleno de sangre, y aparece de coloración azulada normal, excepto en el sitio en que estaba en contacto con el pus, donde tiene color de hoja seca. Se rellena la herida operatoria con gasa, y durante los doce días siguientes, en los que el paciente tiene diversas alternativas, se siguen practicando las curas.

Al practicar la cura este día se advierte sobre el seno un punto hemorrágico, y á cada latido del seno se percibe un ruido de crepitación como el que produce una uña rozando sobre otra: de pronto hace una profunda inspiración para toser el enfermo—que estaba sentado por no haber querido estar echado como siempre que se le hacía la cura,—se agranda el desgarramiento del seno, se oye el silbido del aire penetrando en la vena, y el paciente cae desplomado con la cara cianótica, sin pulso y la respiración estertorosa: el dedo que instintivamente había puesto el autor para ocluir el orificio venoso, se llena de sangre negra y espumosa. No murió el enfermo; las tracciones rítmicas de la lengua, la respiración artificial, las inyecciones de aceite alcanforado, etc., le hicieron reaccionar y curó.

Dice el autor:

El seno, en lo que el enfermo estaba sentado, se hallaba aplastado y vacío de sangre: existía, pues, un trombus situado más alto. Se percibió el ruido de la embolia y el de entrada de aire en la vena. Existía una abertura en la pared del seno, producida por ulceración; la presión negativa de la yugular ha sido aumentada por la posición sentada del paciente y por la inspiración, lo que determinó la penetración del aire. Al caer el enfermo, la sangre, cuyo nivel en la yugular no era muy bajo, refluyó á la herida, haciendo salir parte del aire que había sido aspirado: esto salvó probablemente la vida al enfermo. (*Revue de Laringologie, d'Otologie y de Rhinologie*, núm. 16 de 1919.)—L. P.

GINECOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Proyectada histerectomía en supuesto útero gravidico miomatoso.**—El Dr. Mönckeberg expone el siguiente interesante caso:

Se trata de una señora de cuarenta años de edad, con cinco hijos, que se presentó al hospital del Salvador en el servicio del Dr. Covarrubias, diciéndose embarazada de tres meses y medio; tenía dolores agudos al vientre. En ese entonces se comprobó por el examen un embarazo en útero miomatoso, con nódulos múltiples. Se pensó en hacer una histerectomía, pero antes se envió la enferma á la Maternidad para que la viera el Dr. Mönckeberg. Lo mismo que en el servicio del Dr. Covarrubias, se comprobó un embarazo de tres y medio meses en un útero miomatoso con tres nódulos. Respecto á la operación, hubo sus dudas, porque en la parte inferior del útero se comprobó una zona blanda, lo que indicaba que el parto podría verificarse en forma normal por las vías naturales. En un examen posterior se ha-

laron los tumores mucho más grandes y apareció, en la parte inferior del útero, otro tumor del porte de una naranja, que no había sido observado antes.

Como este último nódulo iba á impedir seguramente el parto, y la enferma tenía dolores muy intensos y continuos se resolvió operar inmediatamente. Abierto el vientre se halló el útero completamente sano y un embarazo de cuatro y medio á cinco meses. Se volvió á cerrar la cavidad abdominal y se inyectaron 2 centigramos de morfina para evitar las contracciones musculares.

¿Cómo explicar este error de diagnóstico? Pudiera tratarse de un reblandecimiento del tumor por el embarazo como sucede siempre. Sin embargo, los nódulos se palpaban un momento antes de la intervención y, por tanto, esa hipótesis no es verosímil.

En realidad debe haberse tratado de falsos tumores, por contracciones irregulares, atípicas, anormales de la pared uterina. En la literatura se mencionan varios casos semejantes. Cuando la matriz se contrae en condiciones normales, toman parte todos los manojos musculares y la contracción resulta sinérgica. Rara vez se encuentran zonas del útero que no se contraen; y, entonces, las zonas contraídas forman nódulos duros y las no contraídas, zonas blandas, como en el caso presente. (*Revista Médica de Chile*, Octubre de 1919.)

TERAPEUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Contribución al estudio de la toxicidad del *Illicium Religiosum* (anis estrellado del Japón).**—Los Dres. J. V. Negrete y C. F. Velarde, han hecho diferentes experiencias para averiguar la toxicidad de esta droga y establecen las siguientes conclusiones:

1.^a La muestra de *illicium religiosum* estudiada resultó tóxica para los distintos animales de laboratorio: perros, conejos, cobayos, palomas, ranas, ratas y mistos. Los jóvenes son más sensibles. Por la sintomatología típica que presenta el cobayo, puede emplearse como reactivo biológico.

2.^a Los síntomas predominantes comunes son: movimientos oscilatorios de la cabeza, convulsiones violentas periódicas ó subcontinuas y paresia.

3.^a Los síntomas observados y los experimentos de inyección en el sistema nervioso central, revelan que se trata de un veneno del sistema nervioso central.

4.^a Los experimentos en ranas prueban que los síntomas convulsivos no son debidos á una acción periférica.

5.^a El principio tóxico del *illicium religiosum* produce síntomas muy parecidos á la picrotoxina, pero se comporta distintamente en lo que se refiere á su toxicidad relativa para distintos animales y al tiempo de aparición de los síntomas y de muerte.

6.^a Los efectos tóxicos de ambas sustancias no se suman.

7.^a Los músculos de rana pierden su excitabilidad sumergidos en una infusión al 10 por 100 de *illicium religiosum* con solución fisiológica.

8.^a El carbón animal retiene el principio tóxico del *illicium religiosum*. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 6-11-1919.)

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.

¿Cuál es nuestra opinión?

Durante los días de forzada abstención del trato con nuestros lectores en que hemos vivido y de la que todavía no nos hemos repuesto completamente; durante este período que todos creían que había de ser de actividad, quizá decisiva, para pleitos que de siempre nos interesan, han adelantado poco las cosas, y al cabo de este tiempo estamos en las mismas dudas y perplejidades que antes de él.

La cuestión de la llamada sindicación médica nada ha avanzado, más bien ha perdido actualidad é interés, sobre todo, desde que en las conclusiones del Congreso obrero celebrado en el teatro de la Comedia se ha visto que los sindicatos verdaderamente tales, no aceptan con simpatía la actitud de huelga posible en las clases médicas.

De todas suertes, como confundida con esta cuestión, existe otra que es la permanente é importante, ó sea la de la unión estrecha de las clases médicas para la gestión de sus intereses; á nosotros nos importa, sobre todo, el que no volvamos á caer en la apatía, después de un movimiento, que podrá haber sido equivocado, que lo hemos creído mal encaminado, pero que al fin era un movimiento de cohesión y de vida.

La apatía del Cuerpo médico es un colapso, es el abandono no solamente á las injurias de los que son extraños á él, sino á las descomposiciones que en él determinan los microbios que á sus expensas quieren prosperar.

Se nos muestra extrañeza porque en el pleito de la sindicación publiquemos opiniones encontradas; mal nos conocen los que de ésto fingen asombrarse en asuntos de la importancia de éste, nuestro deber es el de dar á conocer las opiniones de todos, lo cual no significa que compartimos todas las que publicamos. Nosotros entendemos como un deber el ser *neutrales*, pero esto no significa que seamos *neutros*.

Entendemos que las aspiraciones de los llamados sindicalistas médicos pueden estar suficientemente satisfechas por los Colegios médicos provinciales y federados, que esto es y significa nuestra unión para los fines profesionales, y que el buscar alianzas, vínculos y compromisos con otras clases socia-

les y con otros gremios, es un verdadero absurdo que nos comprometería á reciprocidades extrañas á nuestra alta misión, á nuestro deber humanitario y á nuestra significación social.

¿Cómo creer que se comprometan á secundarnos con actos de protesta los gremios y las clases obreras, los sindicatos patronales ó revolucionarios, y en cambio pretender que, cuando ellos por asuntos íntimos de aumento de jornal, de disminución de horas de trabajo, de despido ó admisión de obreros declaren la huelga general no apelen á nosotros para que los secundemos? ¿No correríamos el riesgo de estar en huelga permanente ó poco menos? Reflexionen sobre esto los que sean capaces de reflexión, y sepan distinguir en lo que los términos significan, y vean lo que alguna tentativa de sindicato médico ha dado de sí.

No otra cosa que un sindicato, aunque así no se le llamara, era la organización de los médicos titulares con la Junta de Patronato y defensa, y véase si ésta ha conseguido la representación jurídica de los intereses que la estaban confiados, y si no tiene que acudir á diario cada médico titular á elementos extraños, pero más activos y eficaces, para hacer valer sus derechos y respetar las más elementales de sus condiciones.

DECIO CARLAN

Las enfermedades avariósicas y el presupuesto.

FOR EL

DR. MARTÍN SALAZAR

Lo primero que surge al pensamiento cuando se intenta tratar públicamente de este punto delicadísimo es preguntarse si, inducidos por un falso concepto de lo que pudiéramos llamar el pudor social, debemos seguir como hasta ahora adheridos á la conspiración del silencio y al sistema de la ocultación, ó si entendemos, por el contrario, que ha llegado el momento de arrojar ante las gentes luz y más luz sobre un orden de enfermedades, que no sólo ataca gravemente la salud y la vida del individuo, sino el vigor y el porvenir de la raza. En mi juicio, es un perjudicial error el sistema de ocultación, y hay que descorder el velo totalmente, libre de prejuicios hipócritas y gazmoñerías ridículas, diciendo á la juventud la verdad entera y prudente sobre esta grave materia, porque, en primer término, ante la ciencia, que no entiende, por cierto, de esos pudorosos escrúpulos, todas las enfermedades son iguales é

idéntico el sagrado deber de prevenirlas y curarlas, y además, porque el mayor peligro de propagación y devastación de estos males nace precisamente de la ignorancia en que se hallan la mayor parte de los individuos, respecto á su frecuencia y gravedad, así como de los medios apropiados para combatirlos. De tal manera es esto así, que en un plan completo de lucha social, concebido en grande, contra las enfermedades avariósicas, lo primero que hay que realizar, si se quiere obtener un resultado resonante, es hacerle saber al país, mediante una campaña de pública propaganda en periódicos, folletos, mítines, etc., la gravedad y extensión que tiene esta plaga en España, y, después, cuáles son las medidas de verdadera eficacia que hay que poner en práctica para remediarla; bien entendido que es este uno de esos grandes problemas sanitarios, que no puede ser resuelto sólo por las autoridades oficiales, á quienes muchas veces se les exige lo imposible, sino que requiere el concurso y la colaboración de los elementos sociales. Así lo entendió la célebre Real Comisión inglesa, nombrada oficialmente en 1916 para estudiar y proponer los medios de la lucha contra estas enfermedades en Inglaterra, que comenzó por dirigirse á los padres de familia, á los maestros, á los educadores de la juventud, á los representantes de la Iglesia, á las Asociaciones particulares, á la Prensa y á las clases médicas en general, para que todos juntos emprendieran una campaña de revelación y esclarecimiento del peligro avariósico, así como de enseñanza y popularización de los diferentes modos de combatirlo y aniquilarlo; es decir, que aquella célebre Comisión, presidida por lord Sydenham, y constituida por los más grandes filántropos y eminencias profesionales del Reino Unido, tomó por su mano, en primer término, la tarea de educar á su país en este punto, sobre todo á la juventud, procediendo después á proponer al Gobierno el plan estratégico más apropiado para combatir esta terrible plaga en Inglaterra. El ideal de esta propaganda educadora sería, á mi juicio, que no quedase en la juventud un solo individuo que desconociera el riesgo y el modo de prevenir sus estragos.

Aunque en España no contamos con estadísticas fijas de morbosidad más que las que se recogen en el Ejército, en la Armada y en algunas clínicas y hospitales civiles y no podemos, por tanto, señalar más que datos aproximados, y esto tomando por tipo de comparación los de otros países que tienen sus servicios profilácticos mejor organizados, puede, sin embargo, calcularse que en las grandes ciudades, el 10 por 100 de los habitantes se encuentran infectos de avariosis propiamente dicha y una proporción infinitamente mayor de gonococia en todas sus formas. Además, es hoy bien sabido que aquella primera infección es quizá la sola causa de la parálisis general incurable, y, sin duda alguna, el motivo más frecuente de la vesanía. El 15 por 100 de los locos que están en los asilos y en los manicomios son víctimas de este mal. Se transmite por herencia de los padres á los inocentes hijos, y sus efectos pueden trascender á muchas generaciones. Es la causa más frecuente de abortos, males de la progenie, y,

lo que es peor, de una grave y transcendental degeneración de las estirpes y de la raza.

La gonococia, por su parte, ocasiona también terribles consecuencias. A ella es atribuible la cuarta parte de los ciegos que existen, debido á las consecuencias de la oftalmía purulenta que se ocasiona á las veces, singularmente en los niños al nacer. Ella es responsable del 50 por 100 de casos de la esterilidad de la mujer y no pocas veces de la del hombre, y, por último, puede decirse que entrambas dolencias dan lugar á otra multitud de graves localizaciones morbosas, como son las degeneraciones de las arterias, la inflamación de ciertos órganos internos, los desórdenes nerviosos, etc. Pero lo más grave de todo ello, es que son muchas las víctimas inocentes de este linaje de contagios. El niño, por ejemplo, que hereda de sus padres la avariosis ó que contrayendo una oftalmía purulenta al nacer, se hace ciego para siempre; la nodriza que amamanta á un niño infecto ó el niño que se contagia de una nodriza contaminada; las personas que rodean los enfermos y que inconscientemente pueden ser atacadas; los médicos que se infectan en sus exploraciones clínicas; los practicantes y enfermeros en las curas que practican, y otros muchos casos más que pueden citarse, son tristes ejemplos de contagio irresponsable.

Aunque pudiéramos todavía ennegrecer más las tintas de este cuadro, basta con esto para dar idea de la gravedad y extensión de unos males que de manera solapada y oculta minan la salud y la vida de muchas gentes y hacen degenerar las familias y la raza. Es preciso, pues, desde el punto de vista social, poner pronto un eficaz remedio á sus fatales estragos.

La profilaxis pública de estas enfermedades ha cambiado modernamente por completo de orientación, basándose en cuatro postulados principales, más científicos y humanitarios que los que inspiran el antiguo régimen, y que son, á saber: la declaración obligatoria del mal, el diagnóstico precoz, el tratamiento gratuito y forzoso de los enfermos y la sanción penal del delito sanitario.

No discutiré aquí si nuestro presente grado de cultura social permite el establecimiento de la declaración obligatoria y la sanción penal del delito sanitario en este punto. Yo creo que no; pero esto no obsta para que se tenga en cuenta que, aunque las leyes deben ser siempre la cristalización de las costumbres, como decía, con razón, Herbert Spencer, también es cierto que ellas ejercen por sí, cuando se hacen cumplir, aunque sea deficientemente, una acción educadora útil sobre las costumbres mismas; y quién sabe si, á la postre, siguiendo este camino que pudiéramos considerar hoy algo intempestivo y prematuro, pudiera llegarse antes al fin perseguido.

Sean cualesquiera las dificultades sociales que existan para llevar á cabo el ideal de esta profilaxis especial entre nosotros, es indudable que hay que educar á nuestro país en este punto y establecer las bases de un régimen de lucha que permita el rápido diagnóstico de los enfermos y el eficaz tratamiento preventivo y curativo de los mismos. Es decir, que hay que seguir en

esto un sistema semejante al utilizado para la lucha contra la tuberculosis: el sistema de Clínicas y Dispensarios públicos, donde á las gentes se les instruya, se les diagnostique y se les cure gratuitamente, sin vejación ni menosprecio, cualquiera que sea la condición social de los individuos que á ellos concurren; antes por el contrario, inspirándose en un alto sentido de caridad y en un gran respeto á la personalidad humana. Pero para realizar esta obra sanitaria se necesita, ante todo, dinero. El Gobierno inglés, movido por el informe de la Comisión científica antes referida, invitó á las autoridades locales de todo el Reino Unido á que organizaran con urgencia Centros para el diagnóstico y tratamiento gratuito de esta clase de enfermos, ofreciéndose el Estado por su parte á pagar el 75 por 100 de los gastos que importaran los servicios, y requiriendo á los Municipios para que abonasen de su presupuesto el restante 25 por 100. Los resultados obtenidos en Inglaterra han sido sorprendentes y dignos de ser conocidos. Nosotros, que no nos atrevemos á tanto, llevamos por primera vez al presupuesto de Sanidad la modesta cifra de 100.000 pesetas para comenzar la lucha seria contra este linaje de padecimientos en España, teniendo en cuenta que es mucho más el dinero que se malgasta por el Estado mismo por no atender debidamente estos servicios. Sólo en los hospitales militares se han gastado desde el año 1908 hasta 1917, período durante el cual ha regido cierta famosa disposición reglamentaria, la asombrosa cantidad de pesetas 6.195.285 para la asistencia de 1.529.700 estancias de hospital, que equivalen á 619.528 pesetas por término medio al año. El número total de enfermos en los diez años antedichos ha sido de 54.623, ó sea un promedio de 5.462 entrados en los hospitales militares cada año.

Véase con este elecuente ejemplo de qué manera la desatención de ciertos servicios sanitarios resulta altamente onerosa para el Tesoro público, y cómo el dinero gastado oportunamente en esas atenciones puede ser verdaderamente reproductivo para el interés colectivo.

Ahora sólo falta que los señores diputados y senadores que tienen hijos reflexionen un momento al votar el presupuesto sobre el peligro enorme que para la juventud española y su progenie representa el abandono en que actualmente se encuentran estos servicios, á causa de la escasez de recursos económicos con que atenderlos, y, en su vista, procuren llevar al próximo presupuesto de Sanidad, con el fin de combatir este orden de enfermedades, cuando menos, la sexta parte de la cantidad que cada año gasta el ministerio de la Guerra en asistirlas y curarlas.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION ⁽¹⁾

32

Reglas para el ejercicio de la profesión farmacéutica.—Apertura de Farmacias.—Condiciones que deben reunir.—Expedientes de apertura.—Reglas para la clausura de las que carezcan de las condiciones necesarias ó resulten notoriamente abandonadas.—Farmacias y botiquines de Hospitales, Asilos, Casas de salud y Establecimientos benéficos en general.—Botiquines por los médicos.—Clasificación de los géneros medicinales.—Medicamentos cuya venta ha de estar prohibida fuera de las farmacias.—Reglas sobre sustancias venenosas y explosivas.—Reglas para el comercio y dispensación de las sustancias tóxicas, y en especial de las que ejercen acción narcótica, antitérmica ó anestésica.—Reglas para la preparación, comercio y venta de específicos.—Inspectores farmacéuticos de Aduanas; nombramiento y funciones.

33

Funcionarios encargados del cumplimiento de las disposiciones relativas á ejercicio de las profesiones sanitarias.—Funciones de los subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria, en lo que se relaciona con el ejercicio profesional.—Subinspectores de Odontología.—Reglas para la revisión y registro de títulos profesionales.—Intervención de los subdelegados de Medicina en los expedientes de enajenados y dementes.—Intervención de los subdelegados en los expedientes de apertura.—Funciones sanitarias anejas al cargo de subdelegado.

34

Estado actual legal y real de organización de la Beneficencia pública é Instituciones de Protección y asistencia en nuestro país.—Las organizaciones é instituciones de previsión, seguro, protección y asistencia en el extranjero.—Funciones benéficas y sanitarias de los que ejercen su profesión filantrópica en las organizaciones benéficas.—Motivos que disculpan la actuación sanitaria de los titulares.

35

Disposiciones que regulan el nombramiento y separación de los funcionarios sanitarios.—Nombramiento de los subdelegados de Medicina; ídem de los de Farmacia y Veterinaria.—Retribuciones, indemnizaciones y dietas.—Reglas para su devengo y percepción.—Honorarios y servicios sanitarios.—Servicios prestados por los inspectores provinciales, municipales, subdelegados y Laboratorios que deben ser retribuidos.—Reglas para la liquidación de los derechos sanitarios.

36

Correcciones disciplinarias por infracciones sanitarias.—Calificación de las infracciones.—Corrección por las autoridades y por los inspectores.—Intervención de las autoridades en las determinaciones correccionales de los inspectores.—Reglas de procedimiento administrativo.—Modo de incoar los expedientes.—Audiencia á los interesados.—Notificaciones y recursos.

Madrid, 25 de Octubre de 1919.—El inspector general, P. A., J. Francisco Tello.

(1) Véase el número anterior.

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.
Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

SUBSECRETARIA

Se halla vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago la cátedra de Histología é Histoquímica normales que ha de proveerse por concurso de traslado, conforme á lo dispuesto en el Real decreto de 30 de Abril de 1915 y Real orden de esta fecha.

Pueden optar á este concurso los catedráticos numerarios de Universidad que, habiendo ingresado por oposición ó por concurso, desempeñen ó hayan desempeñado en propiedad asignatura igual á la vacante, y los auxiliares que tengan legalmente reconocido este derecho en virtud del Real decreto citado y tengan el título profesional y administrativo que les corresponda.

Los aspirantes elevarán sus solicitudes, acompañadas de la hoja de servicios, á este Ministerio, por conducto y con informe del jefe del Establecimiento donde sirven, precisamente dentro del plazo improrrogable de veinte días, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tabloneros de anuncios de los establecimientos docentes; lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan desde luego que así se verifique sin más que este aviso.

Madrid, 26 de Noviembre de 1919.—El subsecretario, Bullón.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,7; íd. mínima, 696,7; temperatura máxima, 10°,6; íd. mínima, 0°,1; vientos dominantes, O. N. ONO.

Algunos decrecimientos han experimentado en su número é intensidad las fiebres intestinales que se venían presentando. Las localizaciones neumónicas de carácter gripal y marcadamente infeccioso siguen produciendo un aumento en la mortalidad.

Los reumatismos articulares y musculares también han aumentado.

Mortalidad de Madrid en Diciembre de 1919 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Diciembre de 1919.
Menores de 1 año.....	246	458
De 1 á 4 años.....	196	375
De 5 á 19.....	117	235
De 20 á 39.....	219	433
De 40 á 59.....	323	474
De 60 en adelante.....	477	821
Sin clasificación.....	5	7
TOTAL.....	1.582	2.803

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Noviembre de 1919.
Fiebre tifoidea.....	7	58
Tifus exantemático.....	1	3
Viruela.....	32	3
Sarampión.....	10	23
Escarlatina.....	3	5
Coqueluche.....	2	6
Difteria.....	17	15
Gripe.....	44	207
Otras epidemias.....	6	3
Tuberculosis pulmonar.....	146	219
Idem meníngea.....	15	17
Otras tuberculosis.....	24	31
Cancerosas.....	55	80
Meningitis.....	67	114
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	90	130
Orgánicas del corazón.....	130	207
Bronquitis aguda.....	126	345
Idem crónica.....	63	123
Pulmonía.....	46	75
Bronco-pneumonía y otras.....	168	447
Diarrea infantil (menos de dos años).....	56	48
Apendicitis.....	3	1
Hernias y obstrucciones intestinales.....	14	25
Cirrosis hepática.....	14	10
Nefritis.....	58	83
Septicemia puerperal.....	8	8
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	45	71
Senectud.....	49	74
Otras enfermedades.....	283	375
TOTAL.....	1.582	2.803
Promedio diario.....	51,03	90,39

Varones..... 1329
Hembras..... 1474

FALLECIDOS DIAGNOSTICADOS DE GRIPE EN DICIEMBRE DE 1919

Gripe por grupos de edades:

EDADES	Varones.	Hembras.	TOTAL
Menores de 1 año.....	7	3	10
De 1 á 4 años.....	7	9	16
5 á 19.....	13	11	24
20 á 39.....	26	50	76
40 á 59.....	18	20	38
60 en adelante.....	19	24	43
Sin clasificación.....	3	3	6
TOTAL.....	90	117	207

Gripe por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	3	3	6
6 al 10.....	4	3	7
11 al 15.....	4	10	14
16 al 20.....	17	19	36
21 al 25.....	22	29	51
26 al 31.....	40	53	93
TOTAL.....	90	117	207

TOLUDEN

Pelrid's C., New-York

Pomada al diazoamido-tolnol, 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).

FORMAS EN QUE LA GRIPE HA SIDO DIAGNOSTICADA

Gripe ó infección gripal.....	57
Bronconeumonía gripal.....	87
Bronquitis gripal.....	15
Pulmonía gripal.....	16
Pleurisia gripal.....	2
Gripe torácica.....	3
Gripe intestinal.....	3
Gripe abdominal.....	8
Gripe forma tífica.....	1
Peritonitis gripal.....	1
Gripe cerebral.....	4
Meningitis gripal.....	5
Gripe nerviosa.....	1
Endocarditis ó miocarditis gripales.....	3
Congestión pulmonar gripal.....	1

FALLECIDOS POR BRONCONEUMONÍA

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	12	16	28
6 al 10.....	18	19	37
11 al 15.....	19	21	40
16 al 20.....	27	28	55
21 al 25.....	42	54	96
26 al 31.....	56	73	129
TOTAL.....	174	211	385

FALLECIDOS POR FIEBRE TIFOIDEA

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	1	1	2
6 al 10.....	2	2	4
11 al 15.....	4	2	6
16 al 20.....	3	4	7
21 al 25.....	2	12	14
26 al 31.....	14	17	31
TOTAL.....	24	34	58

CURSO DE LA MORTALIDAD POR CUATRO CONCEPTOS
EN EL AÑO DE 1919

	Fiebre tifoidea.	Gripe.	Bronco- pneumonía.	Víruela.
Enero.....	9	167	242	58
Febrero.....	9	153	206	16
Marzo.....	11	236	248	7
Abril.....	8	74	117	4
Mayo.....	7	37	85	3
Junio.....	9	21	49	2
Julio.....	24	13	48	2
Agosto.....	20	17	59	2
Septiembre.....	23	20	40	2
Octubre.....	20	25	93	2
Noviembre.....	10	36	140	2
Diciembre.....	58	207	385	2

Observaciones.

La mortalidad de Madrid que generalmente llega á su minimum en Septiembre, acrece gradualmente sus cifras en los meses sucesivos hasta Enero que suele registrar las más altas.

Al mediar Diciembre de 1919, el número de fallecidos fué cada vez mayor, rebasando considerablemente los pro-

medios correspondientes á esta parte del año, llegando diariamente á cifras no acusadas en lo que va de siglo. El total del mes fueron 2.803 defunciones. En los diez y nueve últimos años pasaron del 2.000 solamente Enero de 1914 con 2.074 y Enero de 1919 que registró 2.124.

Con excepción de muy pocas rúbricas en todos los diagnósticos, aparece la mortalidad aumentada y en algunas de un modo extremo.

Las enfermedades principales, causantes del daño, han sido por este orden: bronconeumonía, bronquitis aguda, tuberculosis pulmonar, gripe, orgánicas del corazón, meningitis y congestiones cerebrales.

Es el tercer recrudecimiento mortífero del actual estado patológico. El primero ocurrió en los primeros días de Junio de 1818 y el segundo en Enero último.

En los dos primeros hubo poca mortalidad infantil. No así en éste, pues solamente la bronquitis aguda, que siempre en el invierno es el azote de los niños, casi triplicó la cifra promedial anterior.

De los 345 fallecidos por bronquitis aguda, 310 eran menores de cinco años.

De los 385 fallecidos por bronconeumonía, 96 eran menores de cinco años.

La fiebre tifoidea también ha multiplicado sus promedios. En los 58 anotados están comprendidos los paratíficos y el pneumotífus. Las colibacilosis, naturalmente no incluidas en este grupo, han sido cinco.

La viruela no causó defunciones en los últimos siete meses, con excepción de Agosto en que ocurrieron dos.

Un fenómeno importantísimo que debe ser tenido en cuenta para el estudio del estado anormal que con intermitencias hace dos años atravesamos, es la disminución de la natalidad.

Esta aumentaba lenta pero constantemente en Madrid, llegando en 1917 á la cifra más alta, 17.178 nacidos vivos. En los dos últimos años, á pesar del aumento de población, ha disminuído: 16.958 en 1918 y 16.309 en 1919.

La brusquedad de esta contracción y la multiplicidad de causas mortíferas hacen pensar en la disminución ó debilitación de elementos defensivos que dejan al organismo abierto á todos los ataques.

Crónicas.

ESPAÑA

Muerte del Dr. Calatraveño.—En el momento de cerrar el presente número, llega á nosotros la triste noticia de la muerte de D. Fernando Calatraveño, antiguo y querido amigo nuestro, que por sus méritos, clara inteligencia y laboriosidad, había logrado una reputación merecidísima y la estimación sincera de todos sus compañeros.

El SIGLO MÉDICO, que ha perdido con la muerte de Calatraveño un buen amigo, le rinde el tributo de cariño que su persona le merecía en este triste momento.

Por escasez de tiempo suspendemos hasta el próximo número la publicación de su necrología.

La consideración de que en España y fuera de ella merecía como hombre inteligente y bueno, le llevó al Banco de España como consejero y le hizo merecedor de la Gran Cruz del Mérito Militar, Danilo de Montenegro y Mérito de Cuba.

Era inspector médico de la Cruz Roja y académico correspondiente de la Nacional de Medicina.

Descanse en paz.

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. LABORATORIO PESQUI Prím 25. San Sebastián

Pensiones concedidas.—A las viudas de médicos y facultativos inutilizados en el ejercicio de su cargo, con arreglo á la Ley de 11 de Junio de 1912:

A doña Ana Olivera y Natera, como huérfana del médico titular de la Lagana (Canarias), 1.100 pesetas.

A doña María de los Dolores Arias, como viuda del médico D. Juan Sánchez, titular de Alpedrete, 1.100 pesetas.

A los huérfanos de D. Ricardo Albarelos, titular de Villanueva de Arosa, 1.100 pesetas.

A los huérfanos del farmacéutico titular de Noalejo, don Bonifacio Velasco, 1.100 pesetas.

A D. Marcelino Lorente y Ulibarri, subdelegado de Medicina del partido de Estella, 800 pesetas de jubilación.

A D. José Núñez Izquierdo, como subdelegado de Medicina del partido de Peñaranda de Bracamonte, 800 pesetas (15 Enero 1920).

Pensiones concedidas por Real orden de 14 de Enero de 1920:

Una de 1.100 pesetas anuales á los huérfanos del médico titular de Valdearenas (Guadalajara), D. Cipriano Ayuso.

Una de 1.100 pesetas á la niña María Teresa Conceiro, huérfana del médico D. Agustín Conceiro Núñez.

Una de 1.100 pesetas á D. Vicente Chuliá, médico inutilizado para el ejercicio de la profesión.

Una de 1.100 pesetas á doña Amparo Guijarro, viuda del médico de esta corte, D. Sebastián Mediano.

Pensiones concedidas por Real orden de 15 de Enero de 1920:

Una de 1.100 pesetas anuales á D. Joaquín López de Soto, médico inutilizado.

Una de 1.100 pesetas á D. Servando Izquierdo Tomé, médico inutilizado.

Una de 1.100 pesetas á doña Josefa Bonet, como viuda del médico D. José Nadal.

Una de 1.100 pesetas á doña María de la Concepción Pulina Valiente, viuda del médico D. José García.

Los médicos de Jerez.—Un telegrama procedente de Jerez dice que la Union Sanitaria de aquella población ha publicado una nueva tarifa médica, en la que se aumentan los honorarios, y que en el próximo Abril se celebrará por aquellos médicos una Asamblea general.

La peste en la Bukovina.—Rumores y noticias vagas empezaron hace pocos días á dar cuenta de la presentación del terrible mal en aquellos territorios tan castigados por la guerra.

Hoy un telegrama procedente de Varsovia publicado en la prensa diaria pone en conocimiento de que en los alrededores de Czernovitch se ha declarado una violenta epidemia de peste asiática, que se han registrado varios centenares de defunciones, y que en Ucrania y Besarabia reina gran inquietud.

Los médicos de Sociedades.—El día 15 de los corrientes se reunieron en el Colegio de Medicina los que prestan asistencia facultativa en las Sociedades benéficas médicas. Ocupó la presidencia el Dr. Muñoz del Portillo.

Se dió lectura en la reunion á las peticiones que los médicos hacen á los directores de las Sociedades benéficas y á las contestaciones que algunos de estos directores han dado á las demandas de los médicos.

A la una de la madrugada y tras larga discusión se pudo proceder á la votación, acordándose por 103 votos contra 42, pedir 500 pesetas de sueldo mensual por la asistencia á 300 familias asociadas.

Sociedad Oftalmológica.—Esta Sociedad celebró sesión el día 15, bajo la presidencia del Dr. Estévez.

Uso de la palabra el Dr. Mansilla, para leer una Memoria muy interesante sobre el tratamiento del tracoma por el nuevo medicamento de Sculco.

Las conclusiones á que contrae su trabajo el ilustre oftalmólogo son las siguientes:

Primera. Que dicho medicamento no produce efecto al-

guno sobre el tracoma. La pequeña irritación conjuntival que se presenta después de permanecer los polvos entre los párpados, es debida á su acción de contacto como cuerpo extraño.

Segunda. El remedio de Sculco es inofensivo y sin acción parasitica sobre el germen del tracoma; aun empleado con las variedades clínicas que el autor aconseja, no favorece ni perjudica la marcha de la enfermedad.

Tercera. Si alguna mejoría se nota con el uso del remedio, es más bien debida á la expresión de las granulaciones hechas con el rulo de Knapp, que á la acción del medicamento.

Cuarta. Los enfermos en los que un ojo se trató solamente con la expresión de las granulaciones y el otro con el remedio de Sculco y la expresión de las granulaciones, se tuvieron iguales resultados.

Con los tratamientos con que actualmente contamos, se consiguen resultados superiores á los obtenidos con el medicamento de Sculco.

La viruela en Fortuna (Murcia).—En el pueblo de Fortuna se han presentado numerosos casos de viruela, y se teme que la epidemia se propague, porque la mayoría de los vecinos está sin vacunar.

En otros pueblos pasa lo mismo, y es necesario que por las autoridades se adopten enérgicas medidas, pues algunos carecen de médico y hasta de practicante, y muchos enfermos mueren sin asistencia.

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

IODASA BELLOT

Solución titulada de IODOPEPTONA

ODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE

gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de iodo 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 mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

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.

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON PETROSINA LIQUIDA GARCÍA SUÁREZ

La Petrosina es un hidrocarburo insípido que estimula la secreción de líquidos en el aparato digestivo facilitando la expulsión del excremento, inofensivo en todas las edades.