

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
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.
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.
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.
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.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
		A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
		P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
		G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
		JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
		F. TELLO Sub-Inspector General de Sanidad.
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA. Académico de la Real de Medicina.		

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Análisis fraccionado del contenido gástrico, por el Dr. D. Ricardo Sáenz de Santa María y Marrón.—Probable identidad de la hiperclorhidria y de la úlcera péptica, por el Dr. González Campo.—Foliculitis pustulosas impetigoides de regiones pilosas de bigote y barba; elementos aislados y en placas. Análisis microscópico, por el Dr. Sicilia.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—Nuestro ejército universitario.—Deficiencias de los abastecimientos de agua de las poblaciones españolas, por D. Pedro García Faria.—Sociedad española de especialistas de enfermedades del pecho.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

ANÁLISIS FRACCIONADO DEL CONTENIDO GÁSTRICO (1)

POR EL

DR. D. RICARDO SÁENZ DE SANTA MARÍA Y MARRÓN

(De Logroño.)

Hasta ahora, lo clásico era ordenar á los enfermos el desayuno de Ewald, haciendo la extracción a los sesenta minutos; mas este modo de proceder no estaba en armonía con nuestro criterio de individualización clínica, no habiendo razón para que siempre y en todos los sujetos, las cifras máximas de quimismo fueran precisamente á los sesenta minutos. Los hechos han venido á ratificar estas sospechas, en abierta rebeldía con el arcaico cateterismo á la hora.

En 1895 publicó Schule un trabajo sobre análisis fraccionado de la digestión gástrica, al que acompañaban muy interesantes gráficas; Hayem, en 1905, recomendaba con entusiasmo la extracción y análisis á intervalos regulares del contenido gástrico en plena digestión, mediante repetidos cateterismos; más tarde logró Friedenwald, por análogo proceder, despistar sus casos de hiperclorhidria larvada.

Mas todos estos trabajos, por molestias y dificultades á ellos inherentes, no lograron gran difusión en clínica.

Los más recientes trabajos de Rehfuss, Skaler, Talbot, Best, Horner y Fishbau, entre otros, nuestra

personal experiencia y éxitos que habíamos logrado con el cateterismo duodenal, cuyas primeras publicaciones en nuestro país nos pertenecen (1 y 2), fueron las causas que nos indujeron á practicar el cateterismo prolongado durante tiempo indefinido, seguido de la extracción y análisis á intervalos regulares del contenido gástrico.

Son tan evidentes las ventajas de este modo de proceder, que no necesitan ser enumeradas; despistar cifras de quimismo en relación con el tiempo, evitando pase desapercibido cualquier trastorno secretor; determinar el momento del vaciamiento gástrico; aclarar muchos puntos de fisisiopatología gástrica. Todo esto con tal sencillez, comodidad y exactitud, que personalmente hemos prescindido, casi en absoluto, de la sonda clásica, estando convencidos de que muy en breve, la extracción y análisis fraccionado del contenido gástrico alcancen tan universal aceptación como el hasta hoy clásico cateterismo.

En nuestros anteriores trabajos sobre cateterismo duodenal, describimos con todo detalle la técnica é instrumental por nosotros usado, habiendo utilizado este mismo en nuestras primeras exploraciones sobre estómago.

Al practicar los cateterismos duodenales en ayunas, apenas llegaba la oliva metálica al estómago, extraí-

(1) Sáenz de Santa María: «Cateterismo duodenal en el diagnóstico de las enfermedades de las vías biliares», *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, tomo III, pág. 121 de 1917.

(2) Sáenz de Santa María: «Cateterismo duodenal», *Siglo Médico*, pág. 572, 1919.

mos su contenido, habiendo obtenido en sanos y enfermos muy interesantes datos, que luego hemos de exponer. Ulteriormente, tras el desayuno de Ewald, introducíamos esta sonda duodenal extrayendo por aspiración con intervalos de quince minutos pequeñas cantidades de contenido que íbamos analizando, cuyas cifras inscritas en forma de gráficas nos proporcionaban curiosos datos.

Pasado algún tiempo, abandonamos la sonda duodenal en las exploraciones gástricas; adoptamos una más corta, de 75 centímetros de longitud y 6 milímetros de diámetro, cuya oliva de estaño y fenestrada sólo pesaba 8 gramos.

Como esta sonda, por su exigüidad, es fácilmente introducida y perfectamente tolerada, se presta muy bien á estas finas exploraciones cronológicas de la secreción y motilidad gástricas.

Apenas introducida, debe colocársela por fuera de las arcadas dentarias, entre ésta y mucosa de la mejilla, cuidando de que no sea comprimida por los dientes; de este modo no produce náuseas y puede estar introducida cuanto tiempo se desee sin determinar la más ligera molestia. Durante este tiempo, debe ordenarse á los enfermos pasear, leer ó hablar. No debe tragar la saliva que se produzca.

Nuestro proceder, salvo algunas modificaciones que la particularidad de los casos y nuestra personal experiencia ha ido dictándonos, es el siguiente:

Cuando consideramos necesario, cateterismo en ayunas, del que hemos sacado provechosas enseñanzas concernientes al quimismo.

Tras esto, el ayuno de Ewald.

A los trece minutos se introduce la sonda, extrayendo por aspiración cada quince minutos 5 c. c. de contenido gástrico; análisis del mismo, anotación y trazado de la gráfica de secreción relativa á las acideces libre y total.

Consideramos vacío el estómago, cuando no es posible extraer por aspiración contenido, después de haber colocado al sujeto en decúbito supino, laterales y genu-pectoral. Nos parece esto preferible á dar con el desayuno 25 gotas de fenoltaleína en solución alcohólica, como aconseja Best, considerando vacío el estómago cuando no es posible despistar aquella sustancia por lejía de sosa.

Antes, y tras cada aspiración, debe insuflarse aire por la sonda y lavar la jeringa. Vemos, pues, cómo este método de exploración es más cómodo y elegante que el clásico sifonage.

Para la determinación de las cifras de acidez no debe filtrarse el líquido, salvo en casos que contenga mucho moco, ya que tras él las cifras de acidez no son tan exactas.

El tiempo de permanencia de la sonda oscila de tres cuartos de hora á una hora y media, y algo más en los casos en que lo consideremos preciso, según las cifras que vamos obteniendo en los análisis sucesivos.

En la inmensa mayoría de los casos corrientes en clínica, que son fáciles, hacemos el cateterismo á la hora de haber tomado el desayuno de prueba, dejando la

sonda hasta la hora y media, aspirando y analizando el contenido a la una, una y cuarto y una y media horas. Dada la sencillez del cateterismo con estas sondas delgadas, lo hemos practicado en sanos y enfermos, en ayunas y tras el desayuno, así como en los períodos interdigestivos.

En los individuos normales en ayunas, casi constantemente se halla contenido gástrico superior á 40 c. c.; lo que no está en armonía con el criterio comunmente sostenido de que cantidades superiores á 20 c. c. son patológicas.

En más del 50 por 100 se halla bilis, y casi constantemente contenido duodenal.

Las cifras de acidez comunmente halladas dan 0,6 para acidez total, y 0,3 para ClH.

No obstante, en individuos al parecer normales, hemos hallado en ayunas cifras de acidez de 3,6 por 1.000, lo que viene á confirmar el dato aportado por Rehffuss al afirmar que en el 40 por 100 de los sujetos normales la hipersecreción es constante.

Cuanto más elevadas han sido las cifras de acidez halladas en ayunas, con más constancia hemos hallado bilis y contenido duodenal en estómago.

Parte de este jugo encontrado en ayunas, es producto de actividad glandular y fenómenos de ósmosis á través de pared gástrica (líquido de dilución); la otra, á regurgitación duodenal ó *anastalsis* de Overend. Ambos fenómenos juegan un papel auto-regulador de la acidez, y por tanto del vaciamiento gástrico, constituyendo un admirable mecanismo de defensa contra la hipersecreción, *self regulation* de los ingleses.

Estas cifras de acidez encontradas en el estómago en ayunas de los sujetos normales, confirman la exactitud de los trabajos de Boldyreff, con los que nuestras experiencias están de absoluto acuerdo. Las glándulas del estómago segregan ClH á concentración de 5 por 1.000; el líquido de dilución y el procedente de regurgitación duodenal, que es de reacción alcalina, explican las más bajas cifras de acidez comunmente halladas; sólo ocasionalmente, por anormalidad de estos citados mecanismos auto reguladores, sorprenderemos el verdadero título de la solución ácida normal.

Viene todo esto á confirmar la no existencia de verdadera hiperclorhidria, en el sentido de segregarse un jugo con mayor concentración clorhídrica (mayor riqueza en iones de H) que el segregado normalmente; sino que todo es debido á hipersecreción, muchas veces acompañada de retención.

Aun con todas las apariencias de normalidad y falta de sintomatología gástrica, consideramos como gastrópatas actuales, todos aquellos sujetos con acidez total en ayunas superior á 1 por 1.000, pues la existencia de tal acidez, ya es un indicio de déficit en el mecanismo auto regulador de la acidez y vaciamiento gástrico.

Según hemos tenido ocasión de comprobar, teniendo en cuenta las cifras de acidez antes y tras el desayuno de prueba; apenas ingerido éste, hay un descenso en dicha cifra, debido a dilución propia del alimento ingerido y englobamiento del ácido.

En 70 por 100 de individuos normales examina-

dos, á los quince minutos comienza el ascenso de la cifra de acidez, en el 15 por 100 se retrasa hasta los treinta minutos; sólo en un 2 por 100 se inicia el ascenso á los sesenta minutos de ingerido el desayuno de prueba. Tales son los casos de falsas hipoclorhidrias, que solo el análisis fraccionado puede despistar.

La secreción psíquica puede considerarse como nula en el desayuno de prueba, siendo la debida á estímulo químico la principal.

El vaciamiento gástrico, tras el desayuno de prueba, se verifica en los individuos normales á una y media á una y tres cuartos de hora; en los gastrópatas con hipersecreción á las dos y cuarto á dos y media horas; en casos de hiposecreción es más rápido el vaciamiento.

No obstante, hemos visto muchos casos con elevada secreción y precoz y rápido vaciamiento.

Con respecto á cifras de acidez, nuestra experiencia está de absoluto acuerdo con la de Rehfuß, cuando afirma que no hay acidez patológica que no pueda hallarse en sujetos normales, entendiendo por tales, los que no presentan sintomatología gástrica; ya que en éstos pueden encontrarse tan precoces y elevadas reacciones secretorias, como en la úlcera, apendicitis y colelitiasis.

Por todo esto, debe ser muy atentamente considerada toda cifra de elevada acidez. Al estudiar las gráficas de secreción, hemos de considerar las cualidades de la respuesta secretoria; precoz ó tardía, elevada ó baja.

Aun siendo el tipo de secreción eminentemente individual, hemos de hacer notar que los sujetos normales dan cifras muy semejantes.

En verdaderos gastrópatas ó afecciones extragástricas, que como la colelitiasis y apendicitis, tan intensamente influyen en la secreción, apenas ingerido el desayuno hay un rápido y violento ascenso de las cifras de acidez, encontrándose en ayunas gran cantidad de ClH libre. Claro que, como ya hemos dicho, estas mismas precoces y elevadas reacciones secretorias, en ayunas como tras el desayuno, las hemos hallado en sujetos sin sintomatología gástrica.

Todo esto viene á confirmar la idea que cada vez va ganando más terreno, y que nosotros hemos defendido siempre, de que la hipersecreción no lo es todo, ni mucho menos, en las afecciones gástricas.

Las interesantes experiencias de Luckhart y otros, han venido á confirmar que el dolor no es factor de hipersecreción, sino de hipertonia é hiperperistaltismo ó hiperquinesia gástricas. Lo que nos explica el hecho tan frecuentemente observado por todos, de gastrópatas con enormes dolores sin elevadas cifras de acidez, y desaparición de dolores en sujetos en los que las cifras de acidez persisten elevadas, á pesar del tratamiento.

Hemos de enumerar ahora algunas particularidades secretorias en los más frecuentes procesos patológicos.

En las gastritis con hipersecreción, las cifras de acidez en ayunas, aunque pasan de las que hemos asignado á los sanos como normales, no son muy elevadas; la respuesta secretoria tras el desayuno de prueba es gradual, llegando sin brusquedades á los setenta y cinco minutos al maximum; á la una y tres cuartos de hora

está vacío. El aspecto de *agua de limón* que suele tener el jugo de estos enfermos, es debido á la bilis y reflujo de contenido duodenal por *anastalsis*, que tan importante papel defensivo juega como auto regulador de la acidez.

En la úlcera gástrica las cifras de acidez encontradas en ayunas son altas; tras el desayuno, la curva asciende lentamente á no muy elevado grado, vaciándose á las dos y media horas.

En la úlcera duodenal, elevadas cifras en ayunas, grande y rápido ascenso, llegando al maximum á la una y cuarto de hora; lento vaciamiento á las tres horas.

Lo que caracteriza á las úlceras gastro-duodenales son las elevadas cifras de acidez y lento vaciamiento; por esto no es frecuente encontrar en estos enfermos bilis ni contenido duodenal en ayunas ni tras el desayuno, lo que se explica por espasmo pilórico. Claro que, aunque damos estos datos de análisis como los más constantes, la hipersecreción no es constante en la úlcera gastro-duodenal.

De la marcha de la secreción en enfermos con colelitiasis, hemos hecho un detenido estudio; con motivo de los muchos cateterismos duodenales que para despistar la colelitiasis hemos hecho en el estómago ayuno de muchos de estos enfermos, siguiendo el proceder de Einhorn.

En ayunas, las cifras de acidez total y libre son generalmente bajas; se elevan rápidamente tras el desayuno, alcanzando el maximum á la una y media horas, vaciamiento á las dos horas.

Con respecto al aquimismo en los colelitíasicos, hemos podido observar que en los individuos jóvenes, en los que el proceso no es antiguo, la hipersecreción es lo más frecuente; en los sujetos de edad avanzada y en aquellos que durante mucho tiempo han sufrido afecciones biliares, la hipoclorhidria es casi constante.

Esto es cuanto hemos podido comprobar en nuestra ya larga experiencia de cateterismo prolongado y análisis fraccionado del contenido gástrico.

PROBABLE IDENTIDAD DE LA HIPERCLORHIDRIA Y DE LA ÚLCERA PÉPTICA

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, EL DÍA 14 DE ABRIL DE 1920

POR EL

DR. GONZÁLEZ CAMPOS

Señores Académicos: señores:

Sean mis primeras palabras de cordial gratitud para el ilustre presidente de esta Academia, mi antiguo maestro de Clínica, cuyas sabias lecciones conservo aún en el archivo de mi memoria como tesoro valioso é inolvidable, por el honor que me otorga hoy con esta conferencia. Y sepan luego todos los queridos compañeros que tienen la amabilidad de escucharme, que la osadía que supone en mí elevar mi voz aquí donde tantos hombres eximios han hecho oír la suya, sólo puede encontrar disculpa en mi profundo amor, en la verdadera pasión que siento por la rama de la medicina que cultivo y en la trascendencia del tema que me propongo desarrollar, trascendencia que estimo grande por cuanto si se creyesen dignas de ser tomadas en cuenta las ideas que dentro de pocos momentos he de sustentar y de las que

estoy plenamente convencido, variaría por completo nuestro criterio acerca de la más frecuente de las enfermedades del estómago, modificándose su terapéutica en beneficio de un número enorme de pacientes. La época actual es manifestamente revolucionaria, y no os extrañe que, influido yo por el ambiente, sean revolucionarios en el orden médico los conceptos que he de desenvolver.

Y habéis de perdonarme que no improvise, sino que lea mi conferencia; las demás que he pronunciado en otros lugares, así como las comunicaciones que hice á las Academias, fueron improvisadas, no leídas, aunque carzco de condiciones oratorias, pero la de hoy he de leerla porque la importancia del tema requiere una exactitud y una justeza de frases que, aunque escritas, no sean las debidas por mi insuficiencia, más se aproximarán á ello que si hubiese de ir dándolas forma en este instante; además, á cada momento he de citar párrafos copiados ó traducidos literalmente de varios autores que robustecen mi modo de pensar, y esta labor sería difícilmente compatible con la improvisación.

Y como no quiero cansaros con palabrería hueca, entro en materia.

En más de veinte años de práctica de enfermedades del aparato digestivo hemos reconocido y tratado muchos millares de pacientes, y como fruto de nuestras observaciones llegamos á adquirir opinión personal en diversos asuntos de la especialidad que, en algunos, difiere un tanto de la corriente. Vamos á ocuparnos en uno de estos asuntos, importantísimo, que nos ha hecho meditar muchas horas y al que en distintos trabajos nuestros hemos aludido incidentalmente sin entrar de lleno en él; hoy lo hacemos porque diferentes lecturas y el estudio de numerosísimos enfermos ha robustecido nuestras ideas dándoles consistencia que nos parece sólidamente cimentada. Y el asunto en cuestión no es otro sino el pensar que, muy probablemente, en lugar de ser la hiperclorhidria cosa distinta de la úlcera péptica, los hiperclorhídricos son simplemente ulcerosos.

No se nos oculta que esta idea, lanzada y así sin profundizar en ella, ha de calificarse de absurda y que, por lo menos de momento, sorprenderá á quienes la lean. Pero si se medita sobre las razones en que se apoya tal manera de pensar, acaso lo que á primera vista pudiera parecer disparatado, llegue á considerarse, si no cierto, por lo menos muy probable.

Téngase en cuenta que en Medicina hay muchos capítulos necesitados de revisión y que en lo que concierne á las úlceras gástrica y duodenal y á la hiperclorhidria existen bastantes puntos oscuros á despecho de los progresos de nuestra Ciencia, que no en todos los casos son tan categóricos é infalibles como por una apreciación superficial pudiera creerse.

En efecto, la etiología, la patogenia, la misma sintomatología y aun la terapéutica de ambas afecciones, así como la anatomía patológica de la hiperclorhidria, están en rigor por hacer, ya que lo que de tales puntos conocemos no puede en modo alguno tomarse como definitivo é inmutable.

Dicho esto procuraremos ir desarrollando nuestro pensamiento de la manera más clara y metódica que podamos.

La hiperclorhidria, en el concepto que de ella hemos tenido hasta ahora, no es una enfermedad ni tampoco un síntoma, sino un síndrome extraordinariamente frecuente en España, al extremo de ser hiperclorhídricos un 66,25 por 100 de los enfermos del aparato digestivo explorados en nuestras consultas.

Einhorn (1) dice que «es difícil decir si debe considerarse la hiperclorhidria como enfermedad *sui generis* ó no; es cierto que no es más que un síntoma, pero éste puede ser de

la mayor importancia y con mucha frecuencia constituye toda la base en que se apoyan las molestias subjetivas del enfermo y su tratamiento racional». Por tal motivo la dedica un capítulo como hace la mayoría de los autores.

La patogenia de la hiperclorhidria ha sido muy discutida y todavía sigue siéndolo. Según Kuttner pueden ser motivo de ella las alteraciones de diversos órganos: estómago, intestino, apéndice, hígado, vesícula, riñones, vejiga, páncreas y genitales.

Para Riegel (2) «se entiende por hiperclorhidria la secreción de un jugo gástrico anormalmente ácido ó sea con cantidad excesiva de ClH durante la digestión. La secreción de jugo tiene lugar aquí como en condiciones normales, sólo por excitación de los ingesta, pero este jugo gástrico es más rico en ClH que el normal». Esta misma era la opinión de casi todos los autores hasta hace algunos años.

Vinieron luego los experimentos de Pawlow (3) á demostrar que en el perro la cifra de ClH naciente es constante, creyendo ese fisiólogo que las variaciones en la proporción del ácido dependían de su mayor ó menor neutralización por el moco segregado por la mucosa.

Ketscher (4) deduce de sus experimentos que el grado de acidez depende de la velocidad con que el jugo al salir de las glándulas se desliza por la pared interna del estómago: cuanto más de prisa se segregue menos se neutralizará por el moco que recubre la mucosa, puesto que está menos tiempo en contacto de él, y la acidez será mayor.

Bickel (5) y sus discípulos, por la observación de una muchacha portadora de doble fistula, esofágica y gástrica, llegaron á la misma conclusión que Pawlow acerca de la constancia en la proporción del ClH naciente en el jugo gástrico humano, admitiendo sólo oscilaciones en la cantidad de líquido segregado dependientes de circunstancias individuales; inhibición ó excitación del segregado por influjo nervioso, mayor ó menor cantidad de cloro y de agua en el organismo, calidad de los alimentos, etc. Rubow (6) sentó iguales afirmaciones haciendo constar no haber hallado ni un solo caso entre 705 en que la acidez clorhídrica total pasase de 4,59 por 1.000.

De estas observaciones Bickel y Rubow deducen que en la hiperclorhidria, generalmente, el aumento en la proporción del ClH puede no ser debido á mayor producción de ácido en el jugo puro, creyendo que, por lo menos, en buena parte de los casos, se encuentra después de una comida de prueba, mayor cifra de ácido que normalmente por haberse segregado cantidad excesiva de jugo con acidez normal.

También estos autores admiten otra forma de aumento de ClH por hipermotricidad gástrica, siendo fisiológica la cantidad segregada; en este caso el desayuno de prueba abandona el estómago antes de tiempo. El contenido extraído una hora después de la ingestión está constituido por jugo gástrico, poco diluido puesto que la mucosa sigue segregando; habrá, pues, un tanto por ciento de ClH más elevado que cuando la motricidad es normal, puesto que al ir abandonando el estómago la mezcla del alimento y del jugo, por continuar la secreción de éste, el líquido que se extrae tiene una proporción de ácido mayor que normalmente.

Fleischer y Möller (7) han visto casos que no pueden interpretarse de ese modo: existiendo hipersecreción y siendo normal la motricidad hay hipoclorhidria; tales casos pudieran explicarse por aumento del líquido trasudado en el estómago por exósmosis, al que Strauss (8) dió el nombre de secreción diluyente. Kuttner demostró también que puede haber hipersecreción con hipoclorhidria, y nosotros la hemos encontrado diferentes veces.

Rubow dice que si la función motriz está disminuida, á consecuencia de la estancación existe un aumento de la cantidad de moco segregado: lo excesivo de la secreción gástrica en estas condiciones se dará á conocer por un contenido muy grande con acidez relativamente baja, si no hay exceso de ácidos orgánicos, puesto que el jugo se diluye fuertemente con los ingesta retenidos y se neutraliza en parte por el aumento del moco. En virtud de lo expuesto afirma textualmente Rubow (9): «El aumento de la secreción de un jugo cualitativamente normal puede dar lugar, según que la motricidad esté aumentada o disminuida, á un contenido escaso fuertemente ácido con mucho ClH libre, es decir, al estado que se conoce generalmente por hiperclorhidria ó hiperacidez, ó al contenido abundante mucho menos ácido que se denomina hipersecreción».

En nuestro país *Madinaveitia* (10) está de acuerdo con la teoría que atribuye la hiperclorhidria á aumento de secreción y á trastornos de motricidad originarios de retención afirmando que de más de 20.000 análisis no encontró en ninguno una cantidad de ClH que llegase á 5 por 1.000, que es cifra normal.

Tampoco nosotros hemos analizado nunca ningún líquido gástrico en el que el ácido alcanzase esa proporción.

Kuttner (11) aunque admite la posibilidad de una hiperclorhidria de origen nervioso, no acepta, según su experiencia, que se presente frecuentemente y dice que «aparte que no es siempre muy fácil excluir las enfermedades orgánicas del estómago (gastritis ácida, úlcera gástrica ó duodenal, etcétera), de las que la hiperclorhidria es un síntoma ó á las cuales acompaña, tampoco estamos autorizados todavía á considerarla como una neurosis por el hecho de no encontrar datos que demuestren la existencia de una enfermedad orgánica concomitante».

El ya citado *Madinaveitia* (12) afirma que «aunque la hiperclorhidria puede ser producida por excitaciones del sistema nervioso, es entre nosotros mucho menos frecuente que la de origen gástrico».

Claro es que si existe hipersecreción, la cantidad de líquido segregado prepondera sobre la de alimento ingerido, según queda expuesto, por lo que la acidez forzosamente ha de ser mayor que en el caso de que haya menos jugo en que la dilución del alimento por éste es menor. Si el estómago se vacía con rapidez, al seguirse elaborando jugo cuando los alimentos van pasando al intestino y quedan en poca cantidad en el estómago, la acidez será más considerable, conforme queda consignado, por estar también el líquido ácido menos diluido. Si, por el contrario, los alimentos tardan en abandonar el estómago y persiste la excitación que determinan sobre las glándulas seguirá produciéndose jugo, con lo que la cantidad de ácido acumulado en la viscera será también mayor.

De lo expuesto parece deducirse que, en realidad, en unos y otros casos el disturbio fundamental es el exceso de secreción.

Sabemos hoy que pueden admitirse dos formas de hiperclorhidria enteramente distintas: una química pura, que se ha denominado latente por no acompañarse de síntomas subjetivos y que se diagnostica cuando por azar exploramos el quimismo y encontramos en el contenido del estómago una proporción de ClH superior á la que es corriente encontrar. Otra forma es aquella en que al trastorno químico acompañan las molestias subjetivas que todos los autores describen en términos semejantes cuando hacen el estudio del síndrome hiperclorhídrico.

La hiperclorhidria latente, la que no causa molestias de ninguna clase, fué descrita por *Sansoni* (13) y por nosotros

(14), así como por *Verhoegen* (15) y, posteriormente, por numerosos clínicos. Hay que añadir que con gran frecuencia la secreción clorhídrica es idéntica en los períodos borrascosos de la hiperclorhidria subjetiva, de la que corresponde á la segunda forma, es decir, en las épocas en que los pacientes sufren acentuadas molestias y en los períodos de calma en que apenas si advierten alguna ligerísima incomodidad. La forma latente, la que no origina síntomas subjetivos, en nuestro concepto no constituye entidad nosológica ni síndrome ninguno, pues por el solo hallazgo fortuito de una cifra de acidez mayor de la tenida como normal, no nos consideramos autorizados á calificar de enfermo al individuo en el que la determinemos, según expusimos hace ya bastantes años. Tal forma de hiperclorhidria puede, además, hallarse en multitud de sujetos afectos de distintas dolencias, incluso alguna vez y por excepción hasta en enfermos de cáncer del estómago. No es, pues, á ésta á la que hemos de referirnos en el curso de esta conferencia.

La otra forma es la que se acompaña de las características molestias: pirosis, acedías, dolor en los períodos digestivos que se calma ingiriendo alimentos ó alcalinos, y que puede dar lugar á vómitos alimenticios ó acuosos ácidos que también alivian, yendo unida, por lo general, á buen apetito y aun á bulimia, á lengua limpia y, comúnmente, á estreñimiento. Esta forma de hiperclorhidria es la que nosotros creemos sintomática de la úlcera gástrica ó duodenal, ya que sus manifestaciones son idénticas á las propias de esta afección.

No siendo causa de las molestias la excesiva proporción de ClH como se demuestra por los hechos citados: existencia de hiperclorhidria latente y persistencia del exceso de acidez en los hiperclorhídricos con molestias durante las épocas en que se encuentran libres de ellas, hemos de atribuir el cuadro sintomático á algo distinto del aumento en la cifra de acidez.

Si repasamos en los libros mejores la sintomatología de la hiperclorhidria y la de la úlcera ó si revisamos las historias clínicas de hiperclorhídricos y ulcerosos, veremos la absoluta identidad de las molestias que unos y otros sufren.

El dolor aparece ordinariamente de una á cuatro horas después de la ingestión, siendo de intensidad variable, estando limitado al epigastrio ó irradiándose á la base del tórax, regiones precordial, retroesternal ó dorso-lumbar ó al resto del vientre. Lo mismo han aquejado dolor intenso algunos enfermos en los que nunca pudo asegurarse la existencia de ulceración como fué muy soportable en individuos evidentemente ulcerosos. Unas veces se provocaba dolor por percusión en zona limitada (zona de Mendel) en aquellos, como no se provocaba ninguno ó se producía en área extensa en éstos; igual hemos hallado punto dorsal (punto de Boas) en alguno de los primeros como no lo encontramos en muchos de los segundos; de la misma manera se aliviaba en el acto de ingerir alimento ó de tomar un alcalino en unos y otros; de análogo modo terminaba por vómito alguna vez en casos rotulados con uno ú otro epígrafe diagnóstico. Así como no es corriente que á los ulcerosos exentos de complicaciones les duela el estómago en ayunas, no suele dolerles tampoco á los hiperclorhídricos cuando está vacío.

En varias publicaciones nuestras, y singularmente en una que vió la luz en 1915 (16), hacíamos constar la extraordinaria variabilidad de cada uno de los síntomas de la úlcera, variabilidad reconocida por casi todos aquellos clínicos que han dado á la imprenta sus observaciones.

La citada identidad de los síntomas de la hiperclorhidria y de la úlcera péptica nos hizo meditar mucho, siendo el fun-

damento de esta conferencia, aunque tal manera de pensar no es de hoy, pues ya en el trabajo á que acabo de aludir decía: «tengo el firme convencimiento de que muchos de los enfermos que á diario diagnosticamos de hiperclorhídricos son ulcerosos». Robustecida esta idea con el estudio de numerosos casos más, cuatro años más tarde, en el libro que en colaboración del Dr. González Campo de Cos escribí, acerca de *Los rayos X en el diagnóstico de las enfermedades del estómago*, hice una afirmación más categórica, consignando que «la úlcera del estómago es afección extraordinariamente frecuente, mucho más de lo que se cree de ordinario, ya que abrigamos la sospecha de que todos los enfermos que se diagnostican de hiperclorhídricos padecen úlcera, aunque ésta sea superficial y poco extensa, reduciéndose á una verdadera erosión en muchos casos».

Sólo hay un signo que puede servir para marcar de un modo seguro la diferencia entre ambos estados patológicos, y este signo le constituye la gastrorragia. Pero, como dice C. Graham (17), «no debe esperarse para establecer el diagnóstico de úlcera á que se presente una gastrorragia, como no debe esperarse la aparición de ictericia para diagnosticar la colelitiasis».

Si no aguardamos la aparición de una hematemesis ó de una melena para calificar la dolencia, sino que investigamos la sangre oculta en las heces, ya que en el líquido vomitado ó en el extraído con sonda tiene poco valor, podremos no encontrarla, puesto que sabemos que tal hemorragia latente no es constante, pudiendo transcurrir mucho tiempo, según hoy se sabe, entre una y otra de tales hemorragias, inapreciables á simple vista sin el concurso de los reactivos ó del examen espectroscópico. Y como no podemos tardar meses en establecer un diagnóstico, sino que hemos de formularlo cuando el enfermo viene á nosotros, y no es práctico tampoco examinar á diario durante esos meses sus excrementos para reconocer la hemorragia cuando se presente, si no da la casualidad de que exista en los días de nuestra exploración, resultará de una dificultad extraordinaria el precisar si se trata de una úlcera ó de una simple hiperclorhidria en el caso de que la diferenciación entre uno y otro proceso sólo pueda hacerse por este medio.

Debemos confesar que diariamente se nos plantea este intrincado problema. Nos consulta un enfermo que no ha vomitado nunca sangre ni tenido deposiciones sospechosas; nos relata sus síntomas y nos habla del dolor que aparece una, dos ó tres horas después de las comidas, que tal vez se irradia á zonas más ó menos próximas al epigastrio; nos dice que en alguna ocasión vomita los alimentos en cantidad no excesiva ó que no vomita nunca y que se alivia bebiendo un vaso de leche ó tomando una pequeña cantidad de bicarbonato sódico; palpamos y percutimos á este sujeto con todo el esmero de que somos capaces y apreciamos ó no bazuco y puntos dolorosos á la presión. Analizamos el líquido extraído de su estómago después de un almuerzo de prueba, de ordinario el de Ewald-Boas, y encontramos un aumento grande ó pequeño de la acidez clorhídrica; examinamos las deposiciones y no hallamos en ellas sangre oculta, así como tampoco la había en el líquido gástrico; practicamos un examen radiológico, y ni en la pantalla fluoroscópica ni en la placa fotográfica apreciamos la más mínima anomalía.

¿Cuál debe ser nuestro diagnóstico? Seguramente de hiperclorhidria, sobre todo si los dolores no eran demasiado intensos y no había dolor epigástrico á la presión producido, como decía Bourget, á punta de dedo, ni punto dorsal; aunque ya sabemos que no se puede basar un diagnóstico en la intensidad de un dolor puesto que el grado de éste es muy

individual, ni en los otros datos citados que son muy variables y pueden observarse en la hiperclorhidria y faltan en la úlcera con mucha frecuencia.

Y este enfermo, después de haberse aliviado temporalmente de sus molestias en virtud del plan alimenticio adecuado y de la administración de alcalinos y aun de los fármacos tenidos como inhibidores de la secreción, ve reaparecer los sufrimientos anteriores y con ellos presentarse una hematemesis ó una melena. En otros casos éstas tienen lugar sin que á pesar del tratamiento se hayan modificado los síntomas.

Si juzgamos para inclinarnos al diagnóstico de úlcera por la intensidad de las molestias y lo calificamos de ulceroso cuando los dolores son muy fuertes, á pesar de lo que acabamos de decir acerca del modo que cada cual tiene de sentir sus dolores, y nos decidimos por ese diagnóstico, porque con el dolor violento coincide una cifra muy elevada de ClH, ó por el de hiperclorhidria en el caso contrario, correremos el mismo peligro de equivocarnos, puesto que hay ocasiones en que con molestias acentuadas y proporción alta de ClH no se hace nunca ostensible la ulceración ó tarda en hacerlo mucho tiempo, y con molestias insignificantes y poco exceso de ácido puede patentizarse pronto.

No podemos tomar tampoco en cuenta el momento de aparición del dolor en relación con las comidas que, para muchos autores, es precoz en los ulcerosos y tardío en los hiperclorhídricos. Sin que pretendamos negar veracidad á lo que esos clínicos afirman, puesto que cuando lo dicen es indudable que así lo han observado, aseguramos terminantemente que contadas veces el dolor de úlcera se presenta en nuestros enfermos «al comer ó muy poco ó después» (Rutimeyer) y que el momento de su aparición es tan variable en la úlcera como en la hiperclorhidria. En los ulcerosos que hemos reconocido y tratado, daba comienzo el dolor antes de que transcurriese media hora de la ingestión en el 12,8 por 100; de una á tres horas después en el 48,1 y al cabo de tres ó más en el 30,6; es decir, era más frecuente de una á tres horas ó después que en los primeros treinta minutos (18), ó sea lo que consideran propio de la hiperclorhidria simple muchos autores extranjeros. La precocidad del dolor en los ulcerosos fué negada por Mathieu en 1913 (19) y ya lo había sido por nosotros en 1905 (20).

Aunque admitiésemos diferencia en la sintomatología de la hiperclorhidria y de la úlcera, aceptando con Zweig (21) que «en la hiperclorhidria no complicada no hay nunca dolor propiamente dicho, consistiendo las molestias en eructos ácidos, pirosis y ardor en el estómago, que empieza una á dos horas después de las comidas», no llegaríamos á distinguir entre sí tales enfermedades. Aparte que en lo que ordinariamente se califica de hiperclorhidria, contra lo que hemos traducido literalmente de Zweig, son más las veces en que los enfermos se quejan de dolor que las en que éste no existe, podemos citar entre otros muchos más antiguos el caso observado recientemente de un hombre de treinta y tres años, que hace dos tuvo por pocos días pirosis intensa á la hora ú hora y media de las comidas, siendo éste su único síntoma, que desapareció con una mezcla alcalina; al cabo del tiempo dicho reapareció la pirosis en igual forma, y cuando llevaba un mes con ella, tuvo una abundante hematemesis. La exploración era en absoluto negativa; no había dolor epigástrico á la presión, punto dorsal ni ningún dato objetivo, exceptuada la hematemesis.

Quienquiera que hubiese explorado este enfermo, con toda seguridad le hubiese calificado de hiperclorhídrico puro (el análisis demostraba la hiperacidez clorhídrica), y el accidente hemorrágico patentizó que era ulceroso.

Ya sabemos que existe un considerable número de úlceras gástricas latentes que no pueden ni sospecharse hasta el día que originan una hemorragia ó una perforación por no haber dado lugar á ningún síntoma, pero hemos citado este caso, porque en él era manifiesta la pirosis, que es, para *Zweig*, signo de hiperclorhidria pura.

Si con un criterio tan acomodaticio como teórico se nos dijera que el enfermo aludido fué primero hiperclorhídrico, produciéndose más tarde la lesión, refutaríamos que los mismos síntomas presentaba antes de la hematemesis que cuando ésta tuvo lugar, por lo que en sana lógica era la misma su afección antes de la gastrorragia que cuando se presentó la pérdida de sangre.

Si la hiperclorhidria puede existir, como hemos expuesto, con ó sin molestias, esto es, en forma exclusivamente química, latente y en forma clínica, con manifestaciones subjetivas, además del trastorno químico, diríamos que cuando reviste esta última es porque se trata de algo más que la perturbación secretoria, ya que la proporción excesiva de ClH en el jugo gástrico no basta á explicar los trastornos que el enfermo nos refiere, puesto que en ocasiones no los determina. Para que el hiperclorhídrico se dé cuenta de que está enfermo es necesario que exista una hiperestesia de la mucosa (*Sansoni, González Campo*), una alteración motriz ó un aumento de la cantidad de jugo segregado (*Bickel, Rubow*) y la causa de tales perturbaciones, singularmente de las últimas, es, á nuestro juicio, el proceso ulceroso.

Siendo en realidad la hemorragia el signo que sirve para reconocer con certeza la úlcera, hemos de decir que *R. Schmidt* (22) afirma que «precisamente los casos indolores y los más pobres en sensaciones dolorosas dan lugar con frecuencia á las hemorragias más grandes», coincidiendo con *Zweig* (23) que asegura «como resultado de su práctica, que las úlceras hemorrágicas eran menos dolorosas que las no hemorrágicas».

Lebert decía que la hematemesis se observa en el 80 por 100 de los casos, pero como en la actualidad se diagnostican de ulcerosos muchos enfermos que en la época de *Lebert* hubiesen sido calificados por todos simplemente de hiperclorhídricos, puede afirmarse que la hematemesis es mucho menos frecuente en la úlcera.

Zweig (24) dice que hay sangre en las deposiciones y en los vómitos en un 30 á un 74 por 100 de ulcerosos, y *Aaron* (25) cree que la hay en la mitad de los casos. En cambio, *F. Cheney* (26) considera muy rara la hematemesis; sólo la ha visto en un corto número de ocasiones y la cree síntoma tardío; cuando aparece hace ya tiempo que está solidamente establecido el diagnóstico.

En un trabajo posterior (27) afirma entre otras cosas con las que no estamos de acuerdo, que «se convence uno, á medida que los años acumulan experiencia, de que la llamada historia de úlcera es sólo una historia de hiperclorhidria». «La experiencia adquirida en los últimos trece años, con casos en los que basa este trabajo, le enseña que la hematemesis no es común en la úlcera. De 136 casos observados en los últimos seis años en los que el diagnóstico de úlcera parecía claramente demostrado, sólo hubo hematemesis en 15».

También *Bourget* (28) creía poco común la gastrorragia, llegando á decir que «sólo el 10 por 100 de las úlceras se manifiesta por hematemesis».

Si, sabiendo que la mayoría de las úlceras no producen hemorragia visible ó lo hacen al cabo de mucho tiempo de existencia, la diagnosticamos sólo por el hallazgo de retención ó de hipersecreción cuando existen, habremos hecho

un diagnóstico tardío, porque éstas son complicaciones de la úlcera que, como tales, sobrevienen, igual que las hemorragias, durante el curso de la lesión ulcerativa, y la afección causal habrá pasado inadvertida hasta que haya producido aquellas complicaciones. Y en este primer período en que no las originan no podríamos reconocer la existencia de la ulceración, cuando en muchos casos en ese primer período es precisamente donde la terapéutica puede dar su mejor fruto.

Por las razones aducidas no nos parece acertado el establecimiento de un diagnóstico de impresión que no es serio ni puede aceptarse en la época que vivimos, así como no estimamos racional establecer dualidad entre enfermedades que se caracterizan por el mismo cuadro sintomático, ni aun basándonos para ello en que exista ó deje de existir hemorragia cuando sabemos que su presencia es circunstancial, que tiene lugar en unos períodos y no en otros.

El diagnosticar de hiperclorhídricos enfermos en los cuales el curso ulterior demostró que eran ulcerosos, nos ha ocurrido distintas veces, y lo propio, seguramente, les habrá sucedido á otros compañeros; de varios sabemos que así les aconteció en diversas ocasiones. ¿Y es lógico admitir que dos enfermedades desemejantes (considerando la hiperclorhidria como entidad nosológica), den lugar exactamente á los mismos síntomas? ¿No parece más racional admitir la identidad de las afecciones que se traduzcan por idénticos caracteres? Y si esto es así, ¿á qué se espera para decir que la hiperclorhidria clínica, la que produce síntomas, es la úlcera péptica, aunque no pueda decirse que la úlcera sea la hiperclorhidria, ya que existen ulcerosos sin aumento y aun con disminución ó falta de ClH?

No juzgamos indispensable la aclaración, pero por si no hemos sabido exponer nuestro pensamiento con la claridad debida, conviene, antes de pasar adelante, que nos fijemos bien en lo que acabamos de decir. Se han citado numerosos casos de úlcera que no se acompañaba de hiperclorhidria; en nuestra nación son tales casos seguramente menos abundantes que en otras, según lo atestiguan las observaciones realizadas por multitud de clínicos. En la estadística que publicamos en 1915, que comprende 715 casos de úlcera que estimamos indudable, figura con hiperclorhidria el 96,2 por 100, con hipoclorhidria el 1,2, con aclorhidria el 0,41, y con quimismo normal el 2,09. Así que, admitiendo como lo hacemos que la úlcera existe alguna vez sin hiperclorhidria, y dicho sea de paso con escasas diferencias sintomáticas respecto á la que va unida á hiperclorhidria, lo que sostenemos no es que los enfermos de úlcera sean hiperclorhídricos siempre, sino que los hiperclorhídricos son siempre ulcerosos, lo cual es muy distinto.

(Continuará.)

Foliculitis pustulosas impetigoides de regiones pilosas de bigote y barba; elementos aislados y en placas. Análisis microscópico.

POR EL

DR. SICILIA,

Del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid.

El enfermo presenta en la zona media del bigote por debajo de nariz, con invasión posterior del subtabique y abertura nasal derecha, así como en la parte media submaxilar de la barba, unas lesiones pustulosas que forman anchas placas de un color amarillo

claro, que están como incrustadas en el blando y erosionado dermis subyacente, cubierto y adherido de secos y delgados caparazones costrosos como láminas coriáceas bastante amoldadas y curvadas á la forma regional, fisurado ó cuarteado en algunas líneas, por las razones antes dichas, haciendo sangrar fácilmente sus bordes cortantes el ulcerado y frágil dermis denudado subyacente cuando se movilizan para desprenderlas del mismo; en la periferia de estas lesiones las mayores hechas por confluencia, se ven otras aisladas, aplanadas, superficiales en período desecativo distinto la gota delgada en capa, contenida por el escaso despegamiento de las primeras capas del epidermis, y en algunas de ellas comprimiendo la costra, que es como una lenteja, expulsa el pus aún líquido, que escapa turbio por los bordes de unión de esta cubierta con la piel vecina. Hay autoinoculaciones al borde palpebral superior derecho, á ambas nalgas, y alguna zona dorsal de dedos, pero en los tres sitios secundarios son superficiales y eritemato-escamosas; producen picor marcado y la continua secreción subyacente, van engrosando las costras acumuladas de las placas confluentes, tendiendo á hacerlas montañosas y á surgir por los agrietamientos de la cubierta.

Al microscopio con la sencilla coloración de azul metileno acuosa, que da intensos teñidos sin alterar los elementos, vimos el destrozo tan enorme que los microbios y supuración habían causado á los leucocitos, pudiendo decirse que éstos habían perecido, pues no se encontraba ninguno intacto, todos con grandes deformaciones, pequeños restos nucleares, unos estirados con grandes colas ó filamentos que simulan raquetas, cometas, otros aplastados muy deformados, como pajas ó panochas de maíz, siendo rarísimos aquéllos en que aún puede reconocerse una sombra de la forma que fué el núcleo, viéndose en gran número y sembrados en campos que están llenos de fibras de dirección, longitud y desigualdades más diversas teñidas en el mismo color azul, viéndose ser los mismos cuerpos nucleares muy estirajeados por cuanto en muchos se aprecia la continuidad ó relaciones de los mismos, en suma, que todo ha quedado reducido á pavesas y sólo quedan fibras desiguales y trozos informes de los elementos del tejido y de los leucocitos defensores.

Muchos microbios del tipo de cocos, pero muy finos, mucho más aún que los estafilococos, bastante separados y desperdigados por la preparación, agrupados la mayoría en diplococos finísimos, habiendo algún grupito de á tres en triángulo ó en línea, pero la mayoría están sueltos ó en mínimas parejitas, teñidos en azulino, algunos menos en moradito, siendo algo desiguales estos puntos microbianos en algunos parajes, pudiendo calificar la infección de microcócica con tendencia á la diplocócica, bastantes distintos de estafilococos y estreptococos que son los que se dan como más usuales de estos procesos de predominante supuración cutánea como yo esperaba encontrar aquí recordando lo leído acerca de impétigos, pero como daré á conocer del estudio detenido, se sacan deducciones de las floraciones de estas infecciones poco conocidas, explicando cada

vez más la importancia de las autovacunas, y no dar á un impétigo sistemáticamente la vacuna estafilocócica ó estreptocócica que se suponen obligadas sin previo análisis del caso como realizo corrientemente.

El tratamiento fué: lavados frecuentes y fomentos de permanganato al 1 por 4.000 calientes para reblandecer las delgadas cutículas, que no necesitan recurrir á cataplasmas ni pomadas reblandecedoras, que cederán al calor y humedad.

Toques de azul de metileno acuoso al 1 por 100, ligeramente glicerizados y alcoholizados, hechos á la una ó dos horas de la cura húmeda y dejados secar, insistiendo más en las partes fisuradas ó más supurantes.

Pomada de minio, precipitado blanco, ácido bórico en polvo, resorbina neutra; óxido blanco de zinc, aa 2-3-35-15; hágase pasta homog., extender sobre gasas cortadas del tamaño de región al cuarto ó media hora del toque, una vez desecado éste, sujetando todas las curas perfectamente con una fronda de barba.

Interinamente se ayuda con preparados de iodo y de glicerofosfatos, dado el estado flojo de un organismo de más de cincuenta años y la naturaleza infecciosa, para prevenir en los medios internos la invasión de gérmenes.

Periódicos médicos.

MEDICINA INTERNA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Toxemia intestinal, su tratamiento médico y quirúrgico, por los Dres. W. F. Burrows y E. C. Burrows.** — La toxemia ó autointoxicación intestinal es una alteración muy frecuente, pero de aspecto muy variado. Lo primero que el autor advierte es que el estómago no toma parte en su producción, aunque el enfermo refiere á él la mayor parte de sus molestias. Se debe la cronicidad del proceso á una lesión inflamatoria ó mecánica, de la porción terminal del ileon ó del colon ó recto. Consecuencia de esta lesión es un proceso cagarral localizado, del que á su vez depende la evacuación incompleta; pasan del intestino delgado al grueso materias fecales demasiado blandas para recibir los impulsos del intestino grueso, y cuando éste se contrae, empuja parte de dichas materias fecales hacia adelante y otra buena parte también hacia atrás, con lo que quedan retenidas materias que no debían serlo. Si á la colitis catarral viene á sumarse una infección, se presenta moco en las heces en cantidad creciente.

La mejor manera de apreciar estos trastornos es el examen radioscópico, rectoscópico y el tacto rectal. Además, en casos de esta índole, la presión sanguínea suele estar disminuida, lo que acusa disminución de la cantidad de adrenalina de la sangre, y, por lo tanto, una participación del sistema nervioso en el proceso. En la orina se observa aumento de la acidez, escasas muestras de albúmina, y si la alteración afecta la válvula ileocecal y las regiones inmediatas, regular cantidad de indican. Se distinguen dos tipos clínicos, digestivo y nervioso.

El tipo digestivo se caracteriza por sensibilidad exagerada y algunos dolores en las regiones sigmoidea y cecal, simulando colitis ó apendicitis. Las evacuaciones se verifican con irregularidad, á veces dos al día, y, sin embargo, el examen á los rayos X demuestra que está retardada la marcha de las materias intestinales. Los síntomas son: dolor de ca-

beza, trastornos gástricos, pirosis, espasmos pilóricos, eructos de gas mal oliente, distensión del abdomen, diarrea ó evacuaciones blandas alternando con otros períodos de estreñimiento, y, más adelante, los síntomas que comúnmente se asocian á las lesiones inflamatorias del aparato digestivo: úlcera gástrica, apendicitis, litiasis biliar, colitis ulcerosa. Al principio hay gran apetito, que más tarde se convierte en anorexia, se pierde peso.

También aparecen dolores de los músculos y de las articulaciones, trastornos de la función renal, y si se trata de una mujer, alteraciones de la menstruación. Perdida la grasa y relajados los ligamentos viene una ptosis general que da lugar á fenómenos nerviosos reflejos, y, por lo tanto, á síntomas que se presentan en el tipo nervioso. Los síntomas de éstos consisten en fatiga, trastornos circulatorios, excitabilidad, depresión mental, neuralgias, dolores generales mal definidos, raquialgia y algunos trastornos digestivos.

Examinados estos casos por los rayos X resulta que no hay tanta retención como en los de tipo digestivo, que no retrocede contenido intestinal á través de la válvula ileo-cecal y, por consiguiente, es menor la cantidad de indican que la orina contiene. Suele haber estreñimiento, las últimas porciones del intestino grueso se muestran contraídas, al paso que en el tipo digestivo estaban relajadas.

Como tratamiento aconsejan los autores en primer lugar ejercicio físico al aire libre, alimentación que si no hay trastornos del estómago mismo, se puede dar en cantidad cualquiera. Cuando no haya atonía ó ptosis gástricas conviene beber agua durante las comidas. La leche también está autorizada, debe hervirse y por períodos de dos ó tres semanas están indicadas las leches fermentadas. También es tolerable la carne, pero es muy útil establecer temporadas en las que la alimentación no comprenda ni carne ni pescados. El tratamiento directo del trastorno comprende los puntos siguientes: Aceleración de la marcha del contenido intestinal y evacuación completa de los intestinos, incluso el recto. Tratamiento del proceso catarral. Supresión operatoria: a) de porciones de intestino con lesiones inflamatorias, b) de obstrucciones.

Todos los purgantes mejoran los trastornos de que tratamos temporalmente, pero después los agravan, puesto que alteran la mucosa intestinal, aumentan la secreción y la absorción de productos tóxicos. Los salinos son muy perjudiciales y aumentan siempre el proceso catarral. Es útil una píldora de un catártico administrada cada noche durante la cena, para que dé lugar á una ó dos deposiciones de consistencia, suficiente para salir con la forma típica por la mañana siguiente. Los edemas irritan el colon; los lavados amplios de este intestino, los supositorios, y, en general, todo lo que irrite el recto es perjudicial.

En cambio, están indicados el bismuto, el sulfato de bario, el calcio, que se inyectarán en el intestino empleando como excipiente el aceite de olivas, el de semillas de algodón, el de castor. Mediante un rectoscopio se inyectan estas sustancias en la ese sigmoidea para evitar que su masa dilate el recto. Después movimientos antiperistálticos se encargan de llevarla hasta el colon y el ciego.

También son útiles la ipecacuana, el subcarbonato de bismuto, el dermatol, los salicilatos de bismuto ó de sodio, el salol y las preparaciones á base de ácido tánico, son medicamentos muy útiles para combatir las putrefacciones intestinales. El abdomen debe mantenerse abrigado y de cuando en cuando se provocará una congestión de sus paredes por medio de una lámpara de rayos actínicos ó por el calor. Si hay ptosis de los órganos abdominales, conviene un cinturón que los sujete.

Respecto á indicaciones operatorias, pocas son las que en limpio pueden comprobarse, salvo los casos de lesiones inflamatorias ó obstructivas muy pronunciadas. El apéndice, según los autores, se debe extirpar siempre que haya que practicar en un caso de éstos una intervención en el abdomen, por cualquier otra causa ó cuando el examen á los rayos X demuestre que al cabo de veintidós ó más horas hay en él residuos de la papilla de bismuto, siendo así que el intestino ciego se encuentra ya vacío.

No se debe hacer gastroenterostomía, á no ser que haya una estrechez infranqueable del píloro. También se deben estimar las lesiones inflamatorias ó estenósicas del recto y del ano, principalmente las hemorroides. No se muestran los autores partidarios de la excitación de las hemorroides tras del pinzamiento ni de la operación de Whitehead. (*Medical Record*, 6 de Marzo de 1920.)

2. Sobre los movimientos antiperistálticos del estómago, por C. Strauss.—Los movimientos antiperistálticos del estómago son síntomas de estenosis pilórica ó duodenal, y nunca se presentan en estado fisiológico; de 60 sujetos normales observados por el autor, en ninguno existían; los experimentos hechos suspendiendo estómagos de perros y de gatos en agua caliente no son aplicables al hombre.

Han sido claramente comprobados por observación radiológica movimientos antiperistálticos en el estómago de dos tabéticos, durante las crisis gástricas, corroborando as, la opinión de Holzknecht: es probable que la contractura espasmódica de la capa externa del intestino delgado obre en estos casos del mismo modo que la estenosis. En la neurastenia y el histerismo, en contradicción con lo que opina Salomon, no han sido observados.

He aquí uno de los casos en que el antiperistaltismo gástrico se manifestaba más claramente:

Mujer de cuarenta y seis años, con úlcera gástrica y manifestaciones estenósicas. El vientre está relajado y atónico; 5 centímetros á la izquierda del ombligo existe una pequeña zona dolorosa á la presión y se percibe claramente por la palpación un tumor del tamaño de una ciruela. Tras el almuerzo de prueba, acidez total, 72, ácido libre, 52; cámaras sanguinolentas.

Por el examen radiológico se aprecia pronunciado descenso gástrico. En estado de reposo el borde inferior del estómago es semilunar. Los movimientos gástricos se dirigen sin excepción hacia la izquierda. No se aprecia ningún movimiento peristáltico normal, siendo únicamente perceptibles los antiperistálticos. Estos se manifiestan así: el antro se contrae en su parte inferior como normalmente; el esfínter del cardias se hace perceptible; no se efectúa ninguna evacuación hacia el duodeno; el píloro aparece cerrado. Deformase el estómago, formándose en el borde inferior una prominencia que como una onda recorre el estómago de derecha á izquierda; se repiten con gran regularidad éstos movimientos, y en su evolución tardan veintinueve segundos. Repetida algunos días más tarde la observación, se observaron los mismos fenómenos. (*Deutsche Med. Woc.*, 18 de Marzo de 1920.)—L.P.

3. Aneurisma de la parte inferior de la aorta torácica con síntomas anormales, por Challer y Longy.—El paciente se halla demacrado, aqueja dolores dorsolumbares persistentes con exacerbaciones paroxísticas principalmente en el lado izquierdo, y padece perturbaciones digestivas con inapetencia; existe disfagia. La radioscopia demuestra la existencia de un saco aneurismático en la porción subdiafragmática de la aorta torácica, del volumen de un puño, animado de movimientos de expansión, comprime y empuja el esófago hacia adelante.

Los exámenes clínicos ulteriores revelan dos síntomas que los autores creen inéditos: por una parte, un ruido de glu, glu, rítmico diastólico, que se presenta tras la ingestión de líquido, se percibe por la auscultación dorsal, y dura una hora; por otra parte, un soplo anorgánico, diastólico, aórtico pulmonar, en una zona limitada bajo la punta del omoplato, cerca de la columna vertebral. (*La Presse Medicale*, 3 de Abril de 1920).—L. P.

ELECTROLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Sobre diatermia.**—Con este título publica Roberto Grünbaum un extenso trabajo en los números 42 y 43 de *Wiener Medizinische Woch.* (11 y 18 de Octubre de 1919), en el que en resumen dice lo siguiente:

En todas las otras formas de aplicación del calor, baños de vapor, de iuz, de lodos minerales, etc., así por la mala conductibilidad de los tejidos como porque la circulación sanguínea obra como corriente frigorífica, el calor aplicado penetra á muy pocos milímetros; los buenos efectos de estos tratamientos se deben principalmente á la hiperemia cutánea que producen.

La fórmula $C = i^2 \cdot r \cdot t$ expresa el fundamento de la diatermia, ó sea que el calor (C) es proporcional al cuadrado de la intensidad (i) de la corriente eléctrica que atraviesa un cuerpo, multiplicado por la resistencia (r) que éste ofrece y por el tiempo (t) que aquella actúa.

La resistencia de los tejidos es grande; pero la intensidad de las corrientes galvánicas y farádicas no puede ser suficientemente elevada, pues antes producen dolor y quemaduras, para determinar efectos térmicos; sólo con las corrientes de alta frecuencia se consigne esto.

Los aparatos diatérmicos son tanto más útiles para el efecto terapéutico, cuanto mayor es la frecuencia de cambio de polo y más corta la pausa entre las interrupciones; en algunos aparatos modernos contruídos, según el mismo principio que los de telegrafía sin hilos, el cambio de polo se efectúa tres millones de veces por segundo. La regularidad y la posibilidad de dosificación avaloran también un aparato. Los nuevos modelos de diversos sistemas reúnen estas cualidades, y con ellos se consigne que penetre el calor hasta el grado que se quiera á la profundidad deseada.

Aparte de la complejidad del instrumental y de las dificultades de técnica, ha contribuido para que no se generalice la diatermia, que constituye, sin duda, el más efectivo progreso de la Termoterapia, la falta de un aparato que marque exactamente la temperatura de las partes profundas sometidas á tratamiento. Por procedimientos termoelectrónicos puede medirse *in vivo* la temperatura de la superficie cutánea y la de algunas cavidades (vagina, recto, vejiga); acerca de la de los órganos internos, sólo de los experimentos hechos en animales pueden sacarse algunas deducciones.

La sensibilidad de la piel bajo el electrodo suministra los principales datos para regular la intensidad de la corriente; es la piel el tejido que mayor resistencia opone á la corriente eléctrica, y por lo mismo en ella se percibe sensación de quemadura antes de que puedan producirse lesiones en los órganos internos.

Cuando la sensibilidad cutánea está alterada, habrá de procederse con suma prudencia, empleándose dosis débiles y guiándose por la experiencia adquirida en individuos sanos; tal ocurre en muchas de las afecciones en que la diatermia se aplica, como las crisis gástricas y las artropatías de los tabéticos, las heladuras, las contracturas consecutivas á la sección de los nervios tróficos y sensitivos, etc.

Para evitar errores hay, pues, que investigar previamente el estado de la sensibilidad cutánea.

Como las corrientes de alta frecuencia se someten también á la ley de marchar por el camino más corto y de menores resistencias, por la alecuada posición de los electrodos puede hacerse llegar el calor en la dirección y á la profundidad apetecidas; en una rodilla, por ejemplo, colocando primero los electrodos delante y detrás, luego en las regiones interna y externa, y después en direcciones oblicuas, se establece una especie de «fuego cruzado»; constituye esto una de las ventajas de la diatermia.

Cuando los electrodos son de diferente tamaño, la corriente se condensa hacia el menor, tanto más cuanto mayor es la diferencia de tamaño de los electrodos; de manera, que si se pone, por ejemplo, un electrodo ancho en la espalda y otro pequeño en la región precordial, la condensación eléctrica es mayor en el pecho, y el corazón resultará más calentado.

Lo mismo ocurre cuando los planos transversales de las regiones sometidas á la termopenetración son de diversas dimensiones; la muñeca, en la extremidad superior, y la corva, en la inferior, es donde más se condensa la corriente, y, por lo tanto, donde más se intensifica el calor.

Los electrodos deben adaptarse perfectamente á las regiones sobre que se aplican. Cuando están en contacto con la piel sólo por un punto, aun cuando sea muy escasa la fuerza de la corriente, en aquel sitio experimenta el paciente viva sensación de faradización; si se intensifica la corriente, se producen chispas y quemaduras antes de que la intensidad de aquella llegue á ser suficiente para que alcance el calor á las partes profundas. Los electrodos rígidos de plata son malos porque no se adaptan bien á la superficie del cuerpo. Poco útiles son los contruídos por varias capas incurvadas de plomo. Los contruídos de alambre enroscado recubiertos de gasa, algodón, goma ú otra substancia análoga, que se impregna de agua salada, no dejan de tener inconvenientes; el alambre se rompe pronto y puede producir quemaduras, hay que interrumpir frecuentemente la operación para mojarlos, es desigual el calentamiento de la piel bajo el electrodo por serlo la capa de humedad, y ésta última aumenta inútilmente la resistencia al paso de la corriente. Los electrodos preferibles son los contruídos por láminas de plomo, de $\frac{1}{4}$ de milímetro á $\frac{1}{2}$ milímetro de espesor; se sujetan con vueltas de cinta á la región sobre que se aplican y con corchetes metálicos á los cordones conductores; cuando la irregularidad de la región lo requiere, se les da la forma de modelos de papel cortados previamente; con ellos no se producen quemaduras ni sensaciones desagradables aunque se empleen corrientes de 2,500 miliamperes.

Los tejidos se calientan en proporción de la resistencia que oponen á la corriente eléctrica que los atraviesa; de más á menos el grado de resistencia es el siguiente: piel, huesos y cartílagos, tejidos patológicos densos, grasa, nervios, músculos y vasos sanguíneos en dirección longitudinal. Los músculos conducen lo mismo la electricidad en sentido longitudinal que en dirección perpendicular á sus fibras. Los tejidos que contienen mucha agua ó mucha sangre se calientan menos que los más secos ó más exangües.

En los conejos la elevación térmica en la piel ha sido hasta de 10°; en el hombre de 2,5 hasta 4°. La elevación de la temperatura general, menor con la termopenetración que con los demás procedimientos de aplicación del calor, es de algunas décimas á 1°. La elevación térmica de las partes profundas se logra en menor tiempo; en mayor grado y á mayor profundidad con la diatermia que con los demás procedimientos; el calentamiento, que sólo se produce en el plano transversal en que están los electrodos, persiste va-

rias horas después de separados éstos, experimentando durante este tiempo el paciente sensación de calor en el interior de sus órganos.

La diatermia no determina pigmentación; aunque se emplee durante mucho tiempo, la piel permanece inalterable, recubriéndose únicamente de ligero sudor debajo del electrodo.

El pulso, la presión sanguínea y la respiración son mucho menos influenciados que por los baños de aire caliente. La sangre es impulsada hacia la periferia, y la región diatermizada aumenta de volumen, volviendo lentamente á adquirir el normal una vez interrumpida la corriente; el perímetro del antebrazo pasa de 9 centímetros á 11; si el experimento se repite, la reacción de los vasos se hace más lenta y menos intensa.

Apenas se ha publicado ningún estudio, y los que hay son de resultados negativos, acerca de los efectos de la termopenetración sobre el tubo digestivo y las glándulas secretorias. La termopenetración del estómago no ejerce ninguna influencia sobre la secreción gástrica; la de las glándulas salivales no determina aumento de secreción.

La intensidad de la corriente empleada varía desde algunos cientos de miliamperes á 2.500; la duración de la sesión que suele ser diaria, es de veinte á treinta minutos; durante ella no se debe tocar la piel del paciente, ni aun lejos de donde se aplican los electrodos, para evitar la sensación de faradización. La interrupción de la corriente debe hacerse lentamente; siempre que se vaya á cambiar de sitio un electrodo será interrumpida la corriente por completo.

Además de emplearse para destruir los tejidos neoplásicos (aguja de Foret), está indicada la termopenetración en todos los casos en que se aplica el calor.

Ha dado muy buenos resultados en el reumatismo articular, agudo y crónico, particularmente en las grandes articulaciones; en la artritis deformante han sido menos favorables.

Ha producido también buenos efectos en las afecciones siguientes:

En la blenorragia aguda y especialmente en las inflamaciones articulares blenorragicas crónicas; no en todos los casos de éstas se logra evitar la anquilosis por el establecimiento precoz del tratamiento; quizás no basta hacer desaparecer al microbio de la articulación infestada si persiste su toxina, que es la que ocasiona las más graves alteraciones articulares.

En la gota, Estein ha curado un ataque agudo en una sola sesión; al autor no le ha ocurrido lo mismo.

En las artropatías tabéticas, en las que por la disminución de la sensibilidad hay que proceder con cautela.

En el reumatismo muscular y mialgias, soliendo bastar una sesión para curar el lumbago, torticollis, etc.

En las contusiones, torsiones con equimosis, trastornos consecutivos á fracturas, contracciones dolorosas y cicatrices deformes.

En el estadio crónico, no en el agudo, de las neuritis, en las neuralgias y en las heridas de los nervios.

De modo especialmente favorable obra la diatermia en los procesos inflamatorios crónicos del aparato urogenital, particularmente en las infiltraciones y adherencias de las parametritis y perimetritis, en la salpingitis y oovaritis. En un caso observado por el autor, tras una intervención por apendicitis, había quedado el ovario derecho cogido entre la cicatriz y originaba agudísimos dolores que no cedían á ningún tratamiento; por la diatermia se logró la distensión de la cicatriz, la liberación del ovario y la curación completa.

En las adherencias pleuríticas, combinando el tratamien-

to con la gimnasia respiratoria, los movimientos son menos dolorosos.

En los dolores lancinantes y crisis gástricas de carácter tabético, aunque con prudencia porque puede resultar exacerbado el dolor.

En las inflamaciones crónicas de la vejiga biliar, aun cuando existan cálculos.

En los accesos disneicos y en la angina de pecho por arterioesclerosis de la coronaria; en un caso observado por Nagelschmidt la presión sanguínea descendió hasta 60 milímetros de mercurio. En las lesiones valvulares, en las bronquitis subagudas y crónicas con disnea y expectoración difícil, que resultan mejoradas.

Son muy interesantes los estudios de Lenz y Müller sobre la previa sensibilización de las células de los tumores por la diatermia, para destruirlas más fácilmente por las curas internas de radio y por los rayos de Röntgen.

Los oculistas y los otólogos sacan también buen partido de la diatermia.

Se halla ésta contraindicada en los procesos supuratorios, cuando hay tendencia á las hemorragias y en las inflamaciones articulares tuberculosas.—L. P.

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Cura radical de las hemorroides por tratamiento incruento.—Después de estudio crítico de los diferentes métodos de tratamiento, I. Boas da á conocer el que durante cuatro años ha empleado en 52 casos: consiste en practicar inyecciones de alcohol de 96° en los nódulos hemorroidales y consta de tres tiempos: preparatorio, operatorio propiamente dicho y postoperatorio.

En el primero se produce un éstasis sanguíneo extra-anal por el método de Bier, para darse cuenta bien de las dilataciones varicosas que existan: muchas que en anteriores reconocimientos habían pasado inadvertidas, se hacen así perceptibles bajo las ventosas. Se administra al enfermo un purgante, y después de esperar á que haga operación, se practica una irrigación jabonosa.

En el segundo tiempo, colocado el paciente en posición genu-pectoral é hiperemiadas las dilataciones varicosas por aplicaciones de ventosas, con una jeringuilla de 10 c. c., de cánula acodada bien esterilizada, se va inyectando en los nódulos hemorroidales, según su tamaño, 2, 4 ó 5 c. c. de alcohol de 96°. Cuando las dilataciones varicosas son de regular tamaño, se inyectan 2 c. c. en el polo superior, y 2 en el inferior; cuando son muy grandes, 5 c. c. en cada uno; de 10 c. c. en conjunto, no se ha pasado nunca. Se procederá con cuidado, pero rápidamente; siendo varias las dilataciones varicosas, se tarda de dos á tres minutos; si se trata de un nódulo solitario, menos. A veces conviene practicar la anestesia local; aun sin ella, la ligera sensación de quemadura que percibe el paciente desaparece muy pronto.

A la inyección sigue la reposición de los nódulos. Los pequeños y medianos, en especial los nódulos varicosos solitarios, se reducen por sí mismos; cuando son grandes, múltiples y muy repletos, no deja de ser laboriosa la reducción, y en dos pacientes observados por el autor fué imposible: puede ocurrir que el mismo día de la operación ó más tarde, la dilatación varicosa vuelva á prolapsarse, y en tal caso, si no es fácilmente reductible, se puede dejar abandonada á su suerte: la necrobiosis extra-anal del nódulo sobre viene lentamente, y la curación se efectúa lo mismo, aunque más despacio, como ocurre también cuando en la piel del contorno anal se produce edema ó ulceraciones. Por término medio tarda en verificarse la curación de diez á catorce días.

Sólo en dos enfermos se observó retención urinaria. En el período postoperatorio, decúbito supino, alimentación líquida, XI gotas de tintura de opio, a los ocho días purgante salino. (*Wiener Medizinische Woch.*, núm. 42 de 1919).—L. P.

2. Cura radical cruenta de las hemorroides, por H. Pozonel.—El día que precede á la operación se purga al enfermo, por la tarde se le pone una irrigación y se le baña. Una hora antes de intervenir se le administran XV gotas de tintura de opio. Colocado en posición de la talla, se practica un lavado con bencina iodada. Dilatación del esfínter.

Cogida con cuatro pinzas la mucosa en el contorno del ano, se tira de ella, y apenas haya salido del orificio anal, se da un corte circular que penetra hasta el tejido celular subcutáneo; en el manguito mucoso que así resulta se fijan otras tres ó cuatro pinzas más, y se introduce en el ano el dedo índice de la mano izquierda: oprimiendo con éste y tirando al mismo tiempo de aquéllas, se incurva la parte de esfínter externo del ano situada hacia el rafe perineal, y con el bisturí colocado casi paralelamente á él se desprende la mucosa: de la misma manera, y partiendo de adelante hacia atrás, se hace la disección blanca de los esfínteres interno y externo. Se evitará cuidadosamente lesionar los esfínteres ni el manguito mucoso; la hemorragia es variable, pero nunca grande, y se contiene, sin necesidad de ligaduras, ya por las tracciones sobre el manguito mucoso en dirección del eje intestinal, ya por la ligera torsión de aquel. Disecada la mucosa hasta una altura variable, que puede ser hasta de 7 centímetros, según la extensión de las lesiones un poco por encima del confín de las partes alterada y sana, se coloca transversalmente una pinza, se incide la mucosa, y con diez ó doce puntos de sutura se la fija y adapta bien al esfínter externo y á la piel: los puntos deben comprender considerable porción de piel y de mucosa, ésta no debe quedar muy tersa, para evitar lo cual, se desprende hasta mayor altura si es necesario. Hacia el rafe perineal se da en la mucosa un corte longitudinal; el corte dorsal es innecesario. La buena disección de los esfínteres, la completa extirpación de todo resto del plexo hemorroidal, el evitar que quede muy tersa la mucosa y la buena adaptación de ésta á las fibras del esfínter son de las causas que más contribuyen al éxito de la operación.

Terminada ésta, para asegurar la hemostasia, se introduce en el ano un cilindro de gasa, de un centímetro de diámetro y 6 de longitud, untado con pomada de belladona.

Acompaña el autor la historia de 17 enfermos así operados. Casi siempre se efectúa la cicatrización por primera intención; no suele ser necesario el sondaje vesical. Al enfermo se le dan alimentos líquidos durante cinco días, y al séptimo se le administra un purgante salino. Desde la primera deposición el esfínter funciona normalmente; de diez días á tres semanas es lo que suele tardar en verificarse la curación. (*Wiener Medizinische Woch.*, núm. 41 de 1919).—L. P.

NEUROLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de las neurosis agudas en los hospitales de campaña, por A. Richter.—Al principio de la guerra estos enfermos eran trasladados lo más lejos posible del frente, pero la experiencia ha demostrado que pueden ser tratados con éxito en los hospitales de campaña.

Primero en el Isonzo, y después en el Piave, se establecieron instalaciones especiales para el tratamiento de estas neurosis, clasificadas en dos grupos: neurosis por agotamiento y neurosis consecutivas á la acción de explosiones y traumatismos análogos.

La fatiga física y psíquica y la falta de alimentación y de sueño son las causas de la enfermedad en el primer grupo; generalmente estos pacientes se mejoran á los pocos días de estar comiendo y descansando.

Son muy frecuentes en el segundo grupo los trastornos funcionales monosintomáticos; mutismo, alteraciones de la voz y de la palabra, temblores, disquinesias y tics.

Por la diversidad de idiomas de estos enfermos, la hipnosis y la sugestión no resultaban aplicables. Durante ocho ó diez días se les ordenaba reposo absoluto en la cama, alimentación nutritiva y 2 ó 3 gramos diarios de bromuro potásico; supresión completa de alcohol y de tabaco; en la tablilla de la cama y en los documentos, en vez del nombre de la neurosis, se inscribían las expresiones «estado consecutivo á explosión de granada», á «conmoción», etc. Se dirigía la atención á las funciones vegetativas, dejando el médico, los enfermeros y todos los que rodeaban al paciente en un *consabido olvido* el síntoma principal.

Transcurridos los ocho ó diez días, si la afección sigue, es sometido el paciente á la electrización (corta y fuerte, con pincel farádico, de la cara dorsal de los dedos) y á la sugestión verbal.

No hay inconveniente en que el enfermo, especialmente si carece de antecedentes neuropáticos, vaya directamente á incorporarse á su regimiento, pues las recidivas no son frecuentes ni graves.

Se ha logrado así la curación en el 100 por 100 de los casos de mutismo y sordomutismo; en el 95 por 100 de los de temblores y disfasia; en el 82 por 100 de los de tics, y en el 76 por 100 de los de tartamudeo y trastornos de la pronunciación sin mutismo. (*Wiener Medizinische Woch.*, 18 de Octubre de 1919).—L. P.

HIGIENE

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Vacunación forzosa de la población civil contra el tifus. De la aparición del tifus tras la vacunación.—Con este título publica J. Basten en *Deutsche Med. Woch.* (18 de Marzo de 1920) un artículo en el que llega á las siguientes conclusiones:

1.^a La inoculación ha sido inofensiva en individuos de todas las edades.

2.^a No se han observado efectos desfavorables en el embarazo ni en el puerperio, así como tampoco en las enfermedades crónicas, á excepción de algunos casos de tuberculosis pulmonar avanzada, en los cuales no es del todo claro que los malos efectos sean imputables á la vacunación.

3.^a La vacuna inglesa preparada con mezclas de bacilos paratíficos A y B no produce reacción más intensa que la vacuna alemana preparada sólo con razas de bacilos tíficos.

4.^a La inoculación ha hecho aparecer numerosos casos de tifus que se hallaban en el período de incubación, contribuyendo así á limpiar el pueblo de individuos ya infestados.

5.^a La inoculación ha ejercido influencia sobre la morbilidad de la población.

6.^a La inoculación ha ejercido favorable influencia en casos graves de tifus.

7.^a Por lo dicho en los números 4 y 6 la vacunación antitífica obligatoria durante una epidemia constituye un recurso de verdadera importancia para combatir esta. Debe practicarse la triple inyección, y han de ser vacunados todos los individuos que tengan de tres á setenta años.—L. P.

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.

Solución definitiva.

Cuando cerrábamos nuestro último número acababa de ser aceptada por el Senado la fórmula de garantía del pago de los médicos titulares, de los forenses y de los carcelarios, tal como fué presentada por el Sr. Cortezo ante la alta Cámara; pero como quiera que esta misma fórmula (artículo hoy ya de la ley de Presupuestos) había sido rechazada por el Congreso, al ser sometida á su deliberación por el señor ministro de Hacienda, cabía, y tal era nuestro temor, que dados los vientos reinantes, la Comisión mixta de ambas Cámaras, que había de dirimir el desacuerdo, la rechazara y fuese una vez más perdido el ímprobo trabajo y el esfuerzo inverosímil que se habían empleado. No ha sido así por fortuna: la Comisión mixta, constituida en sesión permanente ha rechazado casi todas las modificaciones introducidas por el Senado en los proyectos del Congreso; pero á las ocho y media de la mañana, después de dos noches de trabajo y de insomnio, terminó su labor resolviendo en una última votación el asunto que nos interesaba y en cuyo favor continuaban las incesantes, pertinaces y persuasivas gestiones de nuestro director cerca de los senadores y diputados que se mostraban reacios. Por fin la victoria se obtuvo, aunque por sólo un voto.

Los escrúpulos que nadie ha manifestado para los aumentos de sueldos de militares, magistrados, maestros y empleados de todos linajes y categorías, se mostraban sutilmente sensibles y alarmados ante una clase que no pedía por ahora ni un céntimo al Estado, sino solamente que se le garantizara lo que por contratos solemnes se comprometen las Corporaciones municipales á pagarle, es decir, la garantía de una formalidad contractual que no se le discute á nadie ni moral ni jurídicamente.

Reflexionen sobre esto los médicos y aprendan (si es que son capaces de aprender en estas cuestiones). Una y otra vez venimos desde hace muchos años repitiéndolo: «es necesario que los médicos titulares ó libres, altos ó bajos, influyan en las elecciones, negando sus votos y su influencia y combatiendo por todos los medios que estén al alcance de cada uno á los candidatos, cualquiera que sea su representación política, que no se comprometan

formalmente á secundar y apoyar las aspiraciones de la clase médica y la reforma sanitaria».

Si en lo que aconsejamos no palpitara un espíritu de solidaridad, de patriotismo, de humanidad y de justicia, nos libraríamos muy bien de formular tal consejo; pero tenemos tranquila la conciencia pensando que obramos bien, y en cuanto á nuestro desinterés está demostrado con decir que ni nunca hemos obtenido ninguna representación parlamentaria ni política, debida, ni siquiera ayudada por los médicos, ni actualmente la necesitamos. Para nosotros todos los candidatos que se comprometan á laborar por la salud y el mejoramiento de la raza son buenos, lo mismo que se llamen jaimistas que anarquistas. Lo primero es tener hombres sanos, es decir, lo primero es vivir, después viene el filosofar.

Las elecciones generales no se harán esperar mucho tiempo, quizás ni meses siquiera... á defenderse.

DECIO CARLAN

NUESTRO EJÉRCITO UNIVERSITARIO

Con motivo de estar en discusión en la Alta Cámara y desde hace tiempo sobre el tapete de la atención pública el proyecto de Autonomía Universitaria, creímos de actualidad el recoger y publicar datos biográficos relativos al personal docente de las Facultades de Medicina española. Con este objeto nos dirigimos á los señores decanos, y por ser la de Valladolid la Facultad de que mayor número de antecedentes nos ha remitido, comenzamos por ella nuestra revista de valores docentes, seguros de que serán estimados por nuestros lectores.

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE MEDICINA

Cargos que ha servido, honores y condecoraciones concedidos y trabajos literarios publicados por el doctor en Medicina D. Vicente Sagarra Lascuain, catedrático jubilado de la Facultad de Medicina de Valladolid.

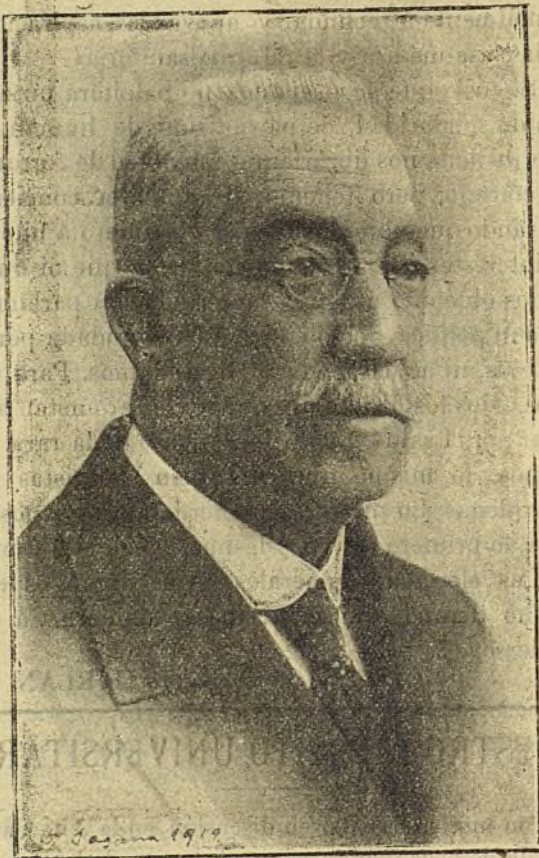
El Dr. Sagarra, presidente en la actualidad de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, nació en Madrid el 27 de Octubre de 1848; hizo sus estudios de primera enseñanza en el pueblo de Zuera (Zaragoza), donde á la sazón se hallaba su padre D. Constantino ejerciendo la profesión de médico.

En Zaragoza hizo los estudios de la segunda enseñanza durante los cuatro años primeros, y los últimos en Madrid en el Instituto del Noviciado, en el cual tomó el grado de bachiller.

Estudió la Medicina en el Colegio de San Carlos; obteniendo el título de licenciado el 20 de Junio de 1871. En Octubre del mismo año obtuvo por oposición una plaza de segundo ayudante médico de Sanidad Militar.

En 6 de Junio de 1872 fué nombrado en concurso de méritos profesor de entrada interino de San Carlos, cuyo cargo desempeñó tres años consecutivos, de 1872 á 1875.

En dicho período de tiempo fué sustituto en ausencias de



los catedráticos respectivos, de las cátedras de Histología Normal y Patológica, Terapéutica, Patología general, Operaciones y Clínica quirúrgica.

En 1873 fué nombrado por concurso médico supernumerario de la Beneficencia Municipal de Madrid, con destino al sexto distrito.

En Diciembre de 1873 obtuvo por oposición una plaza de médico inspector de Salubridad pública de Madrid.

En 1873 fué socio fundador de la Sociedad Histológica de Madrid.

En 1876 catedrático por oposición, con el número 1, de la cátedra de Operaciones de Valladolid.

En el mismo año ingresó en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.

Y, por último, en 1898 como socio en la Asociación Internacional de la Cruz Roja Española de Valladolid, de la cual fué presidente efectivo algunos años, y en la actualidad presidente honorario.

Es el Dr. Sagarra Caballero de la Real Orden de Isabel la Católica, libre de gastos, por Decreto de Junio de 1893; Gran Placa de Honor y Mérito de la Cruz Roja Española, concedida por la Asamblea Suprema por servicios á la Institución; Comendador de número de la Orden Civil de Alfonso XIII por méritos en la enseñanza; Oficial de la Instrucción Pública de Francia por Decreto del 26 de Mayo de 1910, á propuesta del rector de la Facultad de Medicina de Burdeos.

Obras y trabajos científicos y literarios:

Traductor del Tratado de las afecciones de la piel del Dr. Baudot, Madrid, 1873.

Redactor de *El Genio Médico-Quirúrgico*, de Madrid, en 1872 y 73.

Colaborador de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, de Madrid.

Autor de un procedimiento nuevo de ligadura del arco palmar superficial por ligadura mediata descrito en la página 461 del *Compendio de Cirugía Operatoria*, del Dr. Burger, y en la 419 del tomo I del *Tratado de Operatoria Quirúrgica*, del Dr. Morales Pérez, de Barcelona.

Autor de una modificación en el método de Reid para la curación de los aneurismas por la compresión elástica, publicado en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* en Octubre de 1882, y en un opúsculo de 81 páginas impreso por la misma Revista titulado «Aneurisma de la arteria poplítea derecha. Compresión digital total y mecánica ineficaces. Aplicación del compresor de Esmarch durante cuarenta y ocho minutos; compresión digital consecutiva por veinticuatro horas. Curación.»

Autor de un nuevo procedimiento de diuresis hemostática denominado *Sinemapria*, para la división incruenta de las partes blandas de la economía. Comunicación presentada en la primera Sección del Congreso Hispano-Portugués de Cirugía celebrado en Madrid en Abril de 1898, página 77, y un opúsculo impreso en Valladolid en 1900 con el texto de la comunicación anterior.

Discurso inaugural leído en la solemne apertura del curso de 1891 á 92 en la Universidad de Valladolid: «Influencia que en los progresos de Medicina ha ejercido el estudio y conocimiento de los infinitamente pequeños llamados también organismos microscópicos, microbios y bacterias.»

«Quiste multilocular del ovario complicado con embarazo. Ovariectomía á los cinco meses de gestación. Curación sin consecuencias.» Boletín del Ateneo de Internos de la Facultad de Medicina de Valladolid del año 1897 y *Anales de Obstetricia Ginecopatía y Pediatría* de Marzo de 1899, núm. 220.

Historias clínicas de los casos operados en la Clínica operatoria de la Facultad en casi todos los números del citado periódico del Ateneo de Internos en los años de su publicación.

«Laringo-traqueotomía practicada para extraer una hoja de encina alojada en la laringe. Curación.» Comunicación leída en el Congreso Hispano-Portugués de Cirugía celebrado en Madrid en Abril de 1898 publicada en las actas de la primera Sección, página 167.

«De la incisión amplia del periostio en el tratamiento de las osteitis de los huesos largos.» Comunicación presentada al Congreso Internacional de Medicina de 1903.

«Nuevo procedimiento de antoplastia para restablecer la movilidad del maxilar inferior en la anquilosis cicatricial.» Comunicación presentada al XIV Congreso Internacional de Medicina en 1903 y publicada en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, núm. XIX, pág. 1.

«De la acción hemostática del algodón hidrófilo aplicado sobre las superficies sangrientas en forma de una delgada capa que se haga adherente é impermeable por suaves presiones.» *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, número XX, pág. 259, y Comunicación presentada al XIV Congreso Internacional de Medicina de Madrid, año 1903.

«Resumen de los casos observados y tratados durante el curso de 1907 á 1908 en la Clínica operatoria de la Facultad de Medicina de Valladolid.» Idem de los observados y tratados en el curso siguiente de 1908 á 1909. Dos opúsculos.

«La hernia es accidente del trabajo?» Discurso de con-

tación al que sobre este asunto presentó a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Castilla la Vieja el académico electo D. José Banda para su ingreso en la misma en 1909.

«Consideraciones acerca del procedimiento de anestesia denominado Raquí-estricno-estovainización de Jonnesco». *La Clínica Castellana*, números 4 y 5 de Abril de 1911.

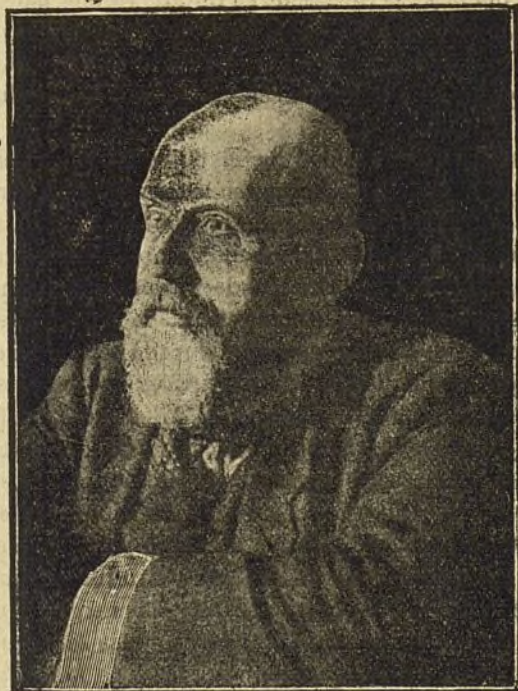
«Contribución al estudio de la anestesia por inyección intrarraquídea». Comunicación presentada al V Congreso de las Ciencias verificado en Valladolid en Octubre de 1915.

«La raquíanestesia.—Segunda serie de 196 casos con las nuevas modificaciones introducidas en la técnica destinadas a disminuir sus peligros y acrecentar su eficacia». Comunicación presentada al Congreso de las Ciencias en Sevilla. Sesión del 10 de Mayo de 1917.

«Un caso de distoma hepático en el hombre (primero en España y vigésimosexto en Europa) ocurrido en 1890 en Souquillo de Cabezas (Segovia), descrito por D. Pedro Martín de la Calle, y diagnosticado por el Dr. D. Vicente Sagarra con la preparación y conservación del parásito en bálsamo del Canadá». *Revista de Medicina y Cirugía Práctica*, año XIV; núm. 346, 22 Noviembre 1890. Caso relatado y comentado por el Dr. Raphael Blanchard en la sesión del 18 de Julio de 1881 de la Sociedad de Biología de París en su comunicación: «Note sur quelques vers parasites de l'homme», en la cual describe el caso de Sauquillo y presenta un ejemplar del mismo parásito procedente del Museo Ferdinando Maximiliano de Trieste, que el Dr. Antonio Valle, subdirector de dicho Museo, le remitió y que era el primero observado en Rusia, vigésimo de Europa.

DR. LUIS LECHA MARTINEZ

Nació en Zaragoza. Cursó las primeras letras en Madrid en el Colegio de San José. Hizo en Madrid todo el bachillerato y también la carrera de Medicina, terminándola con el doctorado en el año 1877. En el 79 fué nombrado médico de Egea de los Caballeros, donde estuvo hasta el 83. Salió de



allí con el propósito de no volver a ser médico de partido, y fijó su residencia en Zaragoza. El año 85 asistió a multitud de coléricos. Demuestra su conducta en aquella epidemia el haber obtenido dos diplomas honoríficos otorgados por dos centros distintos y el haberle concedido el Ayuntamiento otro diploma honorífico con medalla de plata.

Inmediatamente de su llegada a Zaragoza fué nombrado auxiliar de la Facultad de Medicina, cargo que desempeñó durante nueve años. En el año 89 hizo oposiciones a la cátedra de Higiene de Cádiz. Aún podrían avalorar estas oposiciones algunos catedráticos de la Facultad de Medicina de Madrid y alguna otra persona, de gran relieve en la ciencia, residente en la corte. En el mismo año 89 hizo oposiciones a la plaza de ayudante de Medicina legal de Zaragoza, a la cual obtuvo por unanimidad. En el año 93 hizo oposiciones a la cátedra de Medicina legal de Valladolid, la cual obtuvo enfrente de siete aspirantes más. En el mismo año en que tomó posesión de esta cátedra escribió su primera edición de Medicina legal. Esta obra fué premiada por la Real Academia de Medicina. En el año 1909 presentó a la Real Academia de Higiene un trabajo de carácter social, habiendo merecido el premio Roel. Por último, sabemos que tiene el propósito de dar a conocer al mundo científico un tratamiento eficaz y seguro de la gonococia crónica en el hombre.

(Se continuará).

Deficiencias de los abastecimientos de agua de las poblaciones españolas.

EXAMEN ESPECIAL DE LOS DE MADRID Y BARCELONA

Conferencia dada en el Ateneo de Madrid durante la celebración del Congreso de Ingeniería, por D. Pedro García, Faria ingeniero-inspector de Caminos, Canales y Puertos.

Señores Congresistas:

Ocupo, aunque innmercidamente, esta cátedra porque tengo la firme convicción de que todos los ciudadanos nos hallamos obligados a cooperar en la medida de nuestras fuerzas a la resolución de los problemas más importantes para la colectividad, y además entiendo que la higiene pública la debemos practicar todos, constituyendo un ejército—en el que cada uno tiene su puesto de honor—ya que a todos incumbe la propia defensa del más indiscutible de nuestros derechos, que es el derecho a la vida, así como la posesión del más excelso de los bienes, que es la salud.

No hay nadie que no haya sufrido la cruel pérdida prematura de seres queridos, cuya vida cesó injustificadamente por incuria suicida de todos nosotros, que estamos dispuestos a defender algunos ahorros que tengamos en el cajón de nuestra mesa contra el que intente robarlos, en tanto que consentimos, por censurable omisión, que nos arrebaten las vidas más queridas, y aun tratamos de justificarlo atribuyendo esas muertes a fatalismo ó a designios de la Providencia, siendo así que el fatalismo es incompatible con la inteligencia y raciocinio humanos; y, en cuanto a Dios, como Ser eterno y de bondad absoluta, es contrario al mal y nos manda defendernos contra éste y conservar nuestra propia vida. Hoy, sólo los pueblos ignorantes y caducos atri-

buyen á Dios ó á la fatalidad lo que es consecuencia de sus propios actos.

Para dar una ligera idea de los perjuicios que origina la insalubridad he de consignar que en un trimestre de 1918 una sola de las muchas enfermedades transmisibles (la gripe, ridículamente llamada mal de moda), ha producido en Europa seis millones de víctimas, esto es, una cifra mucho mayor que el total de muertos, por acción de guerra, en cuatro y medio años de la conflagración mundial más estupenda que ha llorado la Humanidad.

Respecto á nuestra España, han consignado los ilustres higienistas Cortezo, Francos Rodríguez, Recasens y Juarros que la mortalidad en ella puede reducirse en una mitad y llegar á coeficientes que han alcanzado naciones y pueblos más felices.

Veamos de reducir esa proporción, aunque sea sólo en un tercio. La mortalidad media anual de España en los once años del periodo 1907 á 1917, ambos inclusivos, ha sido, según el *Anuario Estadístico de España*, de 465.819 personas; el tercio de esa cifra es la de 155.273, cantidad, por tanto, menor que el número anual de personas que mueren prematuramente, y cuya pérdida vamos á evaluar; para ello asignaremos á la valoración vida de cada una de dichas personas una cifra media de 5.000 pesetas (ó sea el tercio de lo que se aprecia en los Estados Unidos); el importe anual perdido es, pues, de 776.365.000 pesetas, y con los perjuicios inherentes unos 1.000 millones, cifras que, capitalizadas al 3 por 100, dan un valor total de 20.000 millones de pesetas, cantidades menores de las necesarias para higienizar toda la Nación, la cual no debe consentir que en pura pérdida desaparezca riqueza tan grande como la expresada.

Además debe contarse en aquellos cálculos con el valor de los gastos de las enfermedades y el coste de todo lo inherente á la muerte (en cuya ocasión se abusa como nunca del que sufre la pérdida cruel) y el importe de los perjuicios correspondientes á esta misma.

No olvidemos seguir el ejemplo que hace mucho tiempo nos dió Inglaterra, donde, según consignó Palmergen en su notable *Tratado de Higiene pública*, el argumento que más de medio siglo ha decidió al Parlamento inglés á adoptar el notable *Código de Higiene*, que tan inmensos beneficios ha producido á su nación, fué el cálculo presentado por John Simon, quien demostró que ocurrían anualmente en ese país 125.000 defunciones evitables.

El detalle de la mortalidad explica que sea elevada su cuantía, pues en el citado *Anuario* de 1917, se calculan las siguientes máximas proporciones mortuorias por clases de enfermedades: Fiebre tifoidea, Barcelona, 33,25.—Viruela, Córdoba, 24,33.—Sarampión, Badajoz, 4,74.—Coqueluche, Jaén, 10,91.—Difteria y grup, Salamanca, 24,01.—Gripe, Palencia, 24,33.—Tuberculosis, Guipúzcoa, 105,76.—Cáncer y tumores, Segovia, 36,42.—Meningitis, Madrid, 57,10.—Neumonía, Lugo, 60,11.—Fiebre puerperal, Jaén, 6,29.

En España no sólo es muy elevado el coeficiente de mortalidad, sino que también lo es el de morbilidad, y

en cambio es reducido el coeficiente de natalidad, el cual va disminuyendo por varias causas, no siendo la menos influyente la propagación de las inmoralidades y de las teorías maltusianas, así como también la reducción de la nupcialidad, que desde principio de siglo ha disminuído desde 8,70 á 6,59 por 1.000.

Debemos, pues, conservar la vida á muchos españoles que bajan prematuramente á la tumba y con ello obtendríamos, además de otros múltiples beneficios, un ahorro material de más de 1.000 millones de pesetas al año.

Demostrada ya la obligación que todos tenemos de aportar al problema un concurso enérgico y decidido, estudiaremos lo que es el agua y su influencia en la salubridad.

Es este mineral, compuesto de oxígeno é hidrógeno, el más extendido en la tierra, y el que se nos presenta bajo las más distintas formas y las modalidades más diversas; así, desde el vapor de agua que aparece formando las más sutiles nieblas, á las densas y abigarradas nubes que preñadas de lluvia ó de granizo nos aterran en los días de amenazadora tempestad; de la gota de rocío que se posa sobre los pétalos de una flor compitiendo con el más rico brillante, á los inmensos horizontes de los mares; y de las ténues agujas que cristalizan en los vidrios de las ventanas, en los días fríos, á las inconmensurables sabanas de nieve de Siberia y de los hielos polares, se nos ofrece el agua en toda la variadísima gama, mostrándonos multitud de coloraciones y formas, en los tres estados de la materia.

El agua ocupa las dos terceras partes de la superficie del globo terráqueo; este solo dato evidencia la importancia que el precioso líquido tiene para los pobladores del orbe: el interés de su estudio resulta para nosotros no sólo por la inmensidad de la superficie de la tierra ocupada por el agua, sino porque esta forma parte integrante de todos los seres del orbe y especialmente del hombre.

Basta para ello saber que el 60 por 100 del peso de éste es de agua, la cual entra en la sangre en proporción tal que en 1.000 partes de ella hay 554 de líquido, siendo agua el 90 por 100 del mismo; la proporción de agua en el cuerpo del hombre puede variar entre pequeños límites, por bajo de los cuales no debe aquélla descender, pues de lo contrario se produce la sensación de la sed, que es una de las más insufribles que se conocen. La reducción del 21 al 22 por 100 del agua existente en el organismo humano produce en éste la muerte. El agua es por nosotros ingerida como alimentos indispensable y además en concepto de vehículo de otros alimentos, de los cuales forma también parte, y una vez en el cuerpo humano presta en nuestro interior múltiples servicios como distribuidor de las energías y regulador del calor animal. Las plantas y los seres animados al sufrir la sed pierden su lozanía y normalidad, que recobran con el agua suministrada oportunamente.

En el pan, en el vino y en casi todos los alimentos entra el agua en cantidades de importancia, de lo cual dan idea las cifras consignadas en el siguiente estado:

Leche de
Idem de
Idem de

Pollo...
Cordero...
Buey...
Ternera...
Cerdo...

Lengua...
Merluza...

Sandía...
Albarico...
Pera (de...
Uvas...
Melocot...
Tamarin...
Higos...

Coliflor...
Zanaho...
Patata...
Habas...
Guisan...

Centen...
Avena...
Arroz...

Y n...
alimen...
resulta...
ma en...
punto...
dad q...
estanc...
como...
vó M...
hacien...
tambi...
do al...
blaran...
yendo...
ción...
Plinio...

TI...
cuela...
nocia...
mater...
mera...
de do...
N...

ment...
to dis...
estaci...
en la...
más...
metr...

NOMBRE	PROPORCIÓN PARA CADA CIENTO PARTES	
	Agua.	Todos los demás componentes.
Leche de mujer.....	89,5	10,5
Idem de asna.....	90	10
Idem de vaca.....	86	14
Pollo.....	73	27
Cordero.....	71	29
Buey.....	74	26
Ternera.....	75	25
Cerda.....	76	24
Lenguado.....	79	21
Merluza.....	79	21
Sandía.....	97,14	2,86
Albaricoque.....	89,39	10,61
Pera (de estío).....	86,28	13,72
Uvas.....	81,10	18,90
Melocotón.....	74,57	25,43
Tamarindo.....	27,55	72,45
Higos secos.....	16	84
Coliflor.....	90	10
Zanahoria.....	82,04	17,96
Patata.....	66,88	33,12
Habas (secas).....	15,63	84,37
Guisantes.....	14,06	85,94
Centeno.....	13	87
Avena.....	13,6	86,4
Arroz.....	13,5	86,5

Y no sólo es imprescindible en el hombre y en los alimentos de éste, sino en toda la vida orgánica donde resulta indispensable el precioso líquido, que transforma en oasis los desiertos de Sahara y de otros muchos puntos que son estériles sólo por falta de agua. Recordad que sufriendo sed ardiente el pueblo de Israel, y estando próxima su total destrucción y aniquilamiento, como castigo de Dios á quien habían olvidado, les salvó Moisés, el gran legislador, en cuanto tuvieron fe, haciendo brotar agua abundante de una roca. Por ello también se comprende la veneración en que han tenido al agua en todos los pueblos y que los paganos poblaron de deidades los sitios por ésta favorecidos, creyendo con Séneca que merecía altares la súbita aparición de un manantial abundante, y declarando con Plinio que en toda fuente reside una divinidad.

Thales de Mileto (con los demás filósofos de la Escuela Jónica, que floreció 600 años antes de J. C.) reconocía en el agua el primer elemento de todos los seres materiales, y el gran Aristóteles declaró que la primera necesidad para el gobierno de los pueblos, es la de dotarles de abundante abastecimiento de aguas.

Nuestros antecesores los iberos recogían cuidadosamente en sus acrópolis las aguas de lluvia, á cuyo efecto dispusieron numerosos depósitos para ello. En Meca, estación ibera notabilísima, situada en una eminencia en la raya de Valencia y Murcia, junto á Almansa, ví yo más de 50 depósitos de agua, algunos de centenares de metros cúbicos de capacidad.

En cuanto á los romanos, dejaron en Roma y en todas las provincias testimonio de la extrema atención que dedicaban á los abastecimientos de agua; en nuestro propio país asombran todavía hoy los venerables monumentos que se llaman «Acueducto de Segovia», «Acueducto del Diablo» (Tarragona) y el de «Los Milagros», en Mérida.

Además de la utilidad directa del agua para el organismo del hombre, presta aquélla otros servicios sin los cuales es imposible la vida social, como son la limpieza y la vehiculación de los excreta. La agricultura, la industria y todas las manifestaciones de la actividad humana colectiva son imposibles sin cantidades de agua tanto mayores cuanto más adelantadas sean las manifestaciones de referencia.

Y si no es concebible la vida humana sin el agua, también podemos afirmar que sin ella no es posible conseguir la limpieza ni la salubridad en los pueblos civilizados.

Por esto resulta insalubre toda población dotada de insuficiente cantidad de agua potable, y á tal circunstancia se debe que los higienistas de todos los pueblos exijan para las urbes de los mismos, cada vez mayor cantidad por día y habitante, porque el índice de la morbilidad y mortalidad crece en cualquiera población á medida que disminuye el caudal de agua, y, por el contrario, aumentan las exigencias de agua con la civilización y el progreso.

Por otra parte, son muchas las enfermedades producidas ó mantenidas por el empleo de agua malsana, así como por la utilización insuficiente de ese alimento que además es disolvente y vehículo de las sustancias que penetran en el organismo, con lo cual facilita la imbibición de los tejidos, en los que es la reguladora del calor animal.

La calidad del agua ha de estudiarse cuidadosamente, porque ella debe reunir requisitos de distinta índole para ser potable; comenzando por los caracteres físicos, los más aparentes, debe el agua reunir la condición de limpidez, sin la cual ésta repugna, bastando esto para que, tomada con prevención, produzca nocivos resultados, que aumentan luego si las impurezas reúnen condición de insalubres ó tóxicas; en pequeñas masas el agua (de espesor no mayor de 0,60 metros) debe ser incolora y en grandes volúmenes poseer la coloración del aire que encierra.

Por otra parte, el agua debe carecer de olor y sabor especial, pues si es cierto que la buena da una sensación agradable al paladar, ésta resulta por la sensación de frescor, que produce como un bienestar debido á su acción refrigerante y al hecho de satisfacer al cuerpo haciendo desaparecer la sed.

La temperatura del agua influye en los resultados que la misma produce, siendo la de 8 á 15° la más favorable para el cuerpo humano.

Los caracteres químicos son más difíciles de reconocer, y en tal concepto la cantidad total de sales que

SIL - AL

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

debe contener el agua no debe exceder de los 30° hidrotimétricos ni dentro de ese total ha de ser excesiva la proporción de sales calizas ni los nitratos.

Las aguas duras, cargadas de cantidades excesivas de sales, son indigestas é insanas para el hombre é impropias para la cocción de legumbres.

También es inconveniente el uso de aguas demasiado puras y de las que no contengan sales imprescindibles para el crecimiento y renovación del organismo humano, así como las que carezcan de aire suficiente para la alimentación.

(Se continuará.)

Sociedades Científicas.

Sociedad española de especialistas de enfermedades del pecho.

SESIÓN DEL 17 DE MARZO DE 1920.

El Dr. Navarro Blasco establece una división entre hidátides cerradas, ó quistes hidatídicos, é hidátides abiertas ó cavidades quísticas. Sólo se ocupa de las primeras, afirmando que esta enfermedad es más frecuente de lo que se supone, á juzgar por su experiencia sobre este asunto.

Después hace un estudio detallado de todos los sistemas funcionales, generales y signos físicos que presentan los sujetos afectados de dicha dolencia, marcando la importancia de las hemoptisis extraordinariamente frecuente en estos enfermos, cuando queda excluida la tuberculosis pulmonar y la estenosis mitral.

Entre los métodos clásicos de examen, según cree, es la percusión quien aporta datos más valiosos para el diagnóstico de los quistes hidatídicos.

Habla luego de la reacción de Weinberg Paroce, de la fórmula leucocitaria sanguínea, de la precipitarreacción y de la intradermorreacción practicada con líquido hidatídico, como medios diagnósticos.

Describe las diferentes modalidades de las imágenes radiológicas que producen los quistes hidatídicos pulmonares, según en qué zona del órgano asientan:

Presenta numerosas radiografías de quistes hidatídicos de pulmón y de enfermedades susceptibles de confundirse por este medio con dicha dolencia.

En la actualidad, el medio más importante para hacer el diagnóstico es la radiología. Un examen radioscópio revela muchos casos que sin él pasarían inadvertidos pero sin el auxilio de la clínica y el laboratorio puede en muchas ocasiones inducir á error.

En los casos de diagnóstico dudoso, la reacción de Weinberg Paroce, si es positiva, tiene gran valor, pero el hecho de resultar positiva en algunos casos sin existir hidátides, y su ausencia en otros casos en que existen quistes, restringe mucho su importancia.

La eosinofilia se presenta en múltiples enfermedades y como otras veces falta en casos con quiste, sirve de poco si los restantes datos son negativos.

La intradermorreacción parece de gran valor, tanto si es positiva como si es negativa, pero siendo hoy escasa la expe-

riencia sobre ella, es preciso que pase más tiempo para estimarla rectamente.

Los signos físicos y síntomas funcionales también son insuficientes por sí mismos para fundamentar el diagnóstico.

Ahora bien, reuniendo toda esta clase de datos, resultará casi imposible que no pueda hacerse por ellos un diagnóstico exacto, sin necesidad de recurrir al diagnóstico diferencial con las afecciones que se prestan á confusión.

De ahí que deba desecharse la regla, según la cual, los únicos signos diagnósticos ciertos son la aparición del quiste en el esputo y las propiedades del líquido obtenido por punción. Esperar á que se verifique lo primero resulta muy expuesto para el enfermo y de muy poco lucimiento para el médico, y tampoco se deben correr los riesgos de la punción, contándose hoy con medios inofensivos y decisivos para diagnosticar la hidatidosis pulmonar en el primer período de su evolución

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Dirección general de Administración.

OPOSICIONES Á CUATRO PLAZAS VACANTES EN EL CUERPO
MÉDICO DE BENEFICENCIA GENERAL

Programa de las preguntas que, para el primer ejercicio, ha redactado el Tribunal de dichas oposiciones, en cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo último de la convocatoria publicada en el día 21 de Octubre de 1919 (1).

- Núm. 524. Rasgaduras perineales. Su tratamiento.
- Núm. 525. Fístulas vesico-uterinas, vesico-vaginales y uretéricas. Su diagnóstico y tratamiento.
- Núm. 526. Infección puerperal. Origen, formas diversas.
- Núm. 527. Estudio crítico de la utilidad real de los tratamientos de la infección puerperal.
- Núm. 528. Causas. Peligros y tratamiento del aborto.
- Núm. 529. Formas y preceptos médico-legales para la intervención forense.
- Núm. 530. Esterilidad en el hombre y en la mujer. Sus causas.
- Núm. 531. Delitos genitales. Su diagnóstico y preceptos legales.
- Núm. 532. Abortos y partos provocados. Su diagnóstico y penas correspondientes.
- Núm. 533. Muertes violentas. Apreciación forense de las causas de las mismas y cuáles son susceptibles de descubrirse por la autopsia.
- Núm. 534. Suicidio. Sus diferentes formas y modos de averiguarlas.
- Núm. 535. Infanticidio. Modo de determinarlo.
- Núm. 536. Concepto de la responsabilidad. Responsabilidad atenuada é irresponsabilidad según nuestros Códigos.
- Núm. 537. Estados patológicos que determinan la irresponsabilidad. ¿Debe considerarse la locura como eximente de responsabilidad en todos los casos?
- Núm. 538. Procesos mentales que obligan á la reclusión temporal ó definitiva.

(1) Véase el número 3.462.

TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York

Pomada al diazoamido-toluenol, 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).

Núm. 539. Incapacidad forense para el matrimonio y causas también médico-forenses de la nulidad de éste.

Núm. 540. Motivos médico-legales del divorcio y disposiciones legales acerca de esta materia.

Núm. 541. Disposiciones legales que rigen la reclusión de los alienados.

Núm. 542. Pautas á que debe someterse el estudio del enfermo mental.

Núm. 543. Juicio crítico de los procedimientos de identificación personal.

Núm. 544. Saturnismo crónico. Formas clínicas, diagnóstico y tratamiento.

Núm. 545. Intoxicación arsenical aguda: diagnóstico y tratamiento. Investigación del arsénico en los productos patológicos y en las vísceras.

Núm. 546. Alcoholismo crónico. Sus formas anatomo-clínicas y paroxismos agudos.

Núm. 547. Intoxicación aguda por la belladona y la atropina y sus derivados: diagnóstico y tratamiento.

Núm. 548. Intoxicación aguda por la estricnina: diagnóstico y tratamiento. Mecanismo de la muerte en esta intoxicación.

Núm. 549. Intoxicación aguda por el opio: diagnóstico y tratamiento.

Núm. 550. Morfinismo crónico y morfomanía. Métodos de tratamiento.

Madrid, 21 de Noviembre de 1919.—El presidente del Tribunal, *Antonio María Cospedal Tomé*.

Y en cumplimiento de lo preceptuado en el párrafo último de la convocatoria publicada en 21 de Octubre último, se publica el programa para conocimiento de los señores opositores.

Madrid, 24 de Noviembre de 1919.—El director general, *José Estévez*.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,2; fd. mínima, 703,9; temperatura máxima, 24°,3; fd. mínima, 3°,2; vientos dominantes, NE. ENE.

En general, durante la última semana ha mejorado el estado de la salud pública disminuyendo el número y aliviándose en intensidad los dos grupos de afectos agudos que venían dominando: los locales localizados en el aparato respiratorio y los infecciosos de localización intestinal.

El sarampión y la coqueluche en los niños continúan presentándose aunque en moderadas proporciones.

Crónicas.

Jubileo del Dr. Cortezo.—El día 31 de Mayo próximo cumple los cincuenta años de médico nuestro director el Dr. Cortezo. Para la celebración de estas *bodas de oro* con la

Medicina, preparan sus amigos algunas muestras de atención, entre las cuales figura la inauguración del modesto monumento que se está emplazando en el Retiro, la publicación de un número extraordinario de EL SIGLO MÉDICO y algunas otras de que iremos dando cuenta á nuestros lectores. Para la confección del aludido número, se reciben originales en esta Administración hasta el día 20 de Mayo.

Lucha antituberculosa.—El Real Dispensario Victoria Eugenia de Madrid (Tutor, 16) ha admitido en el pasado mes de Marzo 800 enfermos de nuevo ingreso, rechazando 99, por no ser tuberculosos ni pobres, y practicando en total 5.090 asistencias é inyecciones.

La señora presidenta del Ropero de Santa Rita de Casia, D.^a Consuelo Avalos de Espina, ha continuado socorriendo con toda clase de ropas y calzado.

También han sido pagados los medicamentos á los enfermos más necesitados.

Dimisión de la Junta provincial de Beneficencia.—Leemos en la prensa diaria: En sesión celebrada por la Junta provincial de Beneficencia de Madrid se acordó la dimisión irrevocable del vicepresidente y de todos los vocales. Entre éstos figuran los ex presidentes del Consejo señores Maura, conde de Romanones, Dato y marqués de Alhucemas.

La dimisión está relacionada con el asunto del Colegio de las Niñas de Leganés.

La peste bubónica.—Un parte de Las Palmas, da cuenta de que ha fondeado en aquel puerto, procedente de Rosario de Santa Fe, el vapor español *Claudio*.

Al ser visitado por la Sanidad del puerto, el capitán del buque manifestó que seis de los tripulantes del barco habían fallecido de peste bubónica en el citado puerto argentino. Los seis eran naturales de Bilbao, donde residen sus familias. Fueron sepultados en el cementerio de Rosario.

El vapor quedó incomunicado en el lazareto y se ha prohibido que se descargue la mercancía para evitar el contagio.

La gripe en Inglaterra.—Un telegrama de Londres da cuenta de los estragos que la epidemia gripal ocasiona en diversas comarcas inglesas.

En la cuenca de Swansea y otras partes del País de Gales, la gripe causa enormes estragos entre la población, ocurriendo numerosos fallecimientos.

También en Blackburn y otros distritos del condado de Lancashire, la enfermedad origina muchas víctimas.

Casi todas las industrias han quedado afectadas por la epidemia, ya que numerosos obreros faltan al trabajo.

Curso breve de cirugía abdominal.—En la primera y segunda semana de Mayo y empezando el día 8, sábado, á las nueve y media, dará el Dr. Slocker un curso breve de cirugía abdominal.

Los sábados y martes sesión operatoria, y los lunes y viernes conferencias, á las mismas horas de la mañana.

Pueden concurrir los alumnos matriculados en el Instituto y los médicos que se inscriban. Estas inscripciones que no podrán exceder de 15 se admitirán por escrito enviadas al señor secretario del Instituto Rubio.

El programa de conferencias será:

El peritoneo.—Tumores del abdomen.—Lesiones agudas que reclaman tratamiento quirúrgico.—Úlcera de estómago y duodeno.—Valor de la exploración radiológica desde el punto de vista quirúrgico.—Litiasis biliar.—Tratamiento postoperatorio.—Apendicitis y diverticulitis.—Hernias.

Por los médicos de la guerra.—Se ha abierto una suscripción bajo los auspicios de todas las escuelas y organizaciones médicas de Francia, para recoger fondos y honrar la memoria de las víctimas médicas de la guerra. Se intenta publicar un tomo conmemorativo, el *Livre d'or*, conteniendo los nombres y citaciones de todos los médicos y estu-

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 Prim 25. San Sebastián

diantes de Medicina que murieron por Francia. El Dr. Caboché, 372, rue Saint-Honoré, de París, se halla á cargo de esta parte de la labor. Un ejemplar de esta obra se le presentará á todos los que contribuyan por lo menos con 40 francos.

También se trata de erigir un monumento y se están recibiendo suscripciones con este fin. El tesorero general es el Dr. Bongrand, 6, rue Vilaret-de-Joyeuse, París.

El Congreso Científico de Oporto.—Nuestros lectores recordarán el entusiasmo con que asistieron las representaciones científicas portuguesas al Congreso celebrado el pasado año en Bilbao y que en él se propuso que la siguiente conferencia habría de celebrarse en una de las ciudades de mayor importancia de la República Lusitana.

Recientemente y después de relacionarse con los organizadores del Congreso de Bilbao, se han reunido en la Universidad de Oporto numerosos catedráticos de la misma y de otras Escuelas, representantes de la Cámara municipal, Federación Académica, colectividades científicas, comerciales é industriales, por la convocatoria del matemático Francisco Gómez Texeira, para iniciar los trabajos preparatorios del Congreso Científico, que tendrá lugar en la ciudad el próximo año.

Se nombró la Comisión organizadora compuesta por escritores, profesores y representantes de las Corporaciones y periódicos de la ciudad.

Y se designaron las secciones que tendrá el Congreso, que serán siete: Matemáticas, Física y Químicas, Ciencias naturales, Medicina, Ciencias sociales, Ciencias filosóficas, históricas y filológicas y Ciencias aplicadas.

Por la crianza de los niños.—El subdirector de la Gota de Leche municipal, Dr. D. Luis Heredero, presentó á la Sección primera del Consejo Superior de Protección á la Infancia, el 22 de Abril, la proposición que sigue:

«Siendo necesario estimular á las madres por todos los medios que sean posibles para que sigan los consejos que diariamente reciben de las Instituciones de Puericultura, en las que sus hijos son atendidos, y con el fin de conseguir el mayor éxito en la crianza de los mismos en su primera edad, proponemos se establezcan premios de buena crianza á las madres pobres que se distingan por el mejor aseo, buen desarrollo de sus hijos y exactitud de asistencia con ellos á las consultas y prácticas de enseñanza que en aquellas instituciones se llevan á cabo en favor de los niños.

Primero. A las madres que mejor hayan criado á dos niños gemelos en lactancia mixta ó artificial.

Segundo. A las que mejor hayan criado á uno solo en lactancia materna.

Tercero. A las que mejor hayan criado á otro niño en lactancia artificial.

Cuarto. A las que mejor hayan criado á otro en lactancia mixta.

Estos niños no tendrán menos de un año ni más de dos, y entre los presentados al concurso se elegirán para ser premiados aquellos que sus madres hayan seguido mejor las prácticas de crianza infantil y se encuentren á esas edades en mejor estado de nutrición y desarrollo.

Para optar al premio acompañarán las madres retratos de los niños y antecedentes historiales que certificarán los médicos de las Instituciones de Puericultura que hayan vigilado constantemente su lactancia.

Madrid, 22 de Abril de 1920. — *Luis Heredero.*»

Esta proposición fué aprobada unánimemente por todos los consejeros que acudieron á la sesión de la Sección primera, acordándose además proponer al pleno del Consejo la distribución y cuantía de los premios del siguiente modo:

Para las madres del primer grupo, cinco premios de 200 pesetas.

Para las del segundo grupo, cuatro premios de á 100 pesetas.

Para las del tercer grupo, tres premios de á 100 pesetas.

Para las del cuarto grupo, tres premios de á 100 pesetas.

Un robo á la Sanidad Militar.—En los almacenes de Sanidad Militar, situados en la calle del Marqués de Urquijo, núm. 27, se ha realizado un robo, llevándose los ladrones 300 mudas de ropa interior y prendas de vestir pertenecientes á los soldados.

Para realizar el robo tuvieron sus autores que romper y arrancar una reja que da á la calle.

Hace poco más de un mes se realizó, en los mismos almacenes, otro robo, desvalijando los ladrones un camión sanitario en que había gran número de instrumentos de cirugía.

Misión científica española á América.—Dentro de pocos meses irán en viaje de propaganda científica á las Repúblicas hispanoamericanas, los Dres. Recasens y Aguilar, en representación del Congreso de Medicina que se ha de celebrar en Sevilla dentro de dos años.

El objeto principal de los Dres. Recasens y Aguilar es invitar personalmente á aquellos hombres de ciencia que hablan nuestro propio idioma y forman parte de nuestra raza, á que vengan á cooperar en los trabajos del citado Congreso, que ha de tener carácter iberoamericano.

Instituto Rubio. Premio Soler.—Se ha abierto un concurso para premiar cuatro trabajos científicos anualmente con arreglo á las siguientes bases:

Primera. Habrá dos premios y dos accésits.

Segunda. Los premios consistirán en 500 pesetas cada uno en metálico, diploma de honor, publicación del trabajo en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas* y 50 ejemplares aparte para el autor del trabajo premiado.

Los accésits, en diploma de honor, publicación del trabajo en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas* y 50 ejemplares aparte para el autor.

Tercera. Los temas serán dos: uno de Medicina y otro de Cirugía, de libre elección, pero prefiriéndose aquellos que versen sobre alguno ó algunos de los casos que más interés hayan despertado durante el curso en el Instituto Rubio.

Cuarta. Las Memorias serán dirigidas al señor secretario del Instituto Rubio, Dr. Peña Galarza, Valverde, 36, hasta el día 30 de Junio de 1921, en cuyo día quedará cerrado el plazo de admisión. Los premios se conferirán en la sesión inaugural del curso de 1921 á 1922.

Monumento al Dr. Tolosa Latour.—Comunican de Sanlúcar de Barrameda que en el próximo mes de Mayo se celebrará en el pueblo de Chipiona la solemne ceremonia de descubrir el busto del Dr. Tolosa Latour, que se alzarán frente al mar, en la explanada del Sanatorio Marítimo de Santa Clara.

El acto revestirá importancia y solemnidad, y á él concurrirán numerosas personalidades de Andalucía y algunas que de Madrid llegarán con tal objeto.

Obras recibidas.—*Origen, formación y evolución del foliculo de De Graaf. Histogénesis del cuerpo lúteo*, por don Luis G. Guilera Molas. Un volumen de 106 páginas con 8 láminas en negro y 4 en tricolor, encuadernado en tela, precio 4 pesetas.

—*Estudio clínico de la tuberculosis ganglio-pulmonar en los niños*, por D. J. García del Diestro. Un volumen de 106 páginas, con 8 láminas en negro, encuadernado en tela, 4 pesetas.

Los pedidos á la Compañía Anónima de Librería, Publicaciones y Ediciones «Calpe», San Mateo, 13, Madrid.

Curso breve.—El día 10 de Mayo comenzará en el Laboratorio del Dr. Calvin un curso breve, que terminará el día 25 del mismo mes, sobre «Métodos de laboratorio aplicables al diagnóstico y bacterioterapia general con inclusión de la técnica de preparación de las vacunas sensibilizadas y del antígeno lítico para el tratamiento de los tumores malignos por autovacunación.»

Las inscripciones pueden hacerse, en tanto lo permita el número de alumnos que será limitado, todos los días laborables, de cuatro á seis de la tarde, en dicho Laboratorio, plaza de Santa Catalina de los Donados, núm. 3.

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

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

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