

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: El primer caso de ainhum observado en el Perú, por Oscar Soto y Juan Luis Raffo.—Probable identidad de la hiperclorhidria y la úlcera péptica, por el Dr. González Campo.—Bibliografía, por Nieves González Barrio.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Dacio Carlán.—El médico en sociedad, por J. Francos Rodríguez.—Desde una tribuna, por Francisco López Prieto.—Deficiencias de los abastecimientos de agua de las poblaciones españolas.—La historia de la Medicina en Europa.—Neurología, por G. Pittaluga.—Sociedad Española de Higiene.—Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

El primer caso de Ainhum observado en el Perú

POR

OSCAR SOTO Y JUAN LUIS RAFFO

Asistentes de los Hospitales de Lima.

La patología exótica ofrece en el Perú un ancho campo de observación, resultado de la cual será, sin duda, el conocimiento de muchas enfermedades llamadas á formar parte de la patología médica de este país.

Una de esas dolencias es el ainhum, del cual damos á conocer el caso siguiente:

HISTORIA CLÍNICA

El 26 de Agosto de 1919 ingresó á la Sala de «San Juan de Dios», del Hospital «Dos de Mayo», de Lima, Leónidas Castillo, de raza negra, de veintinueve años de edad; es agricultor y procede de Chincha.

Tenía en ambos pies y en la raíz de los dedos pequeños, es decir, en el pliegue digito-plantar, un surco semi-anular que abarcaba la semi-circunferencia interna de esos dedos; su máximo de profundidad correspondía al espacio interdigital, lugar donde alcanzaba la falange é iba insensiblemente disminuyendo hacia arriba y hacia abajo, quedando la parte externa completamente libre. Su anchura era igual á la que se produciría intentando abrir un surco parecido con un catgut número 4, y su superficie era irregular y escamosa.

El resto de los dedos y de los pies se encontraba normal, á excepción de la piel de las plantas, que ha-

bía adquirido un espesor considerable á consecuencia del género de vida que había llevado (agricultor descalzo).

Nos dijo el enfermo que varios miembros de su familia habían tenido una afección idéntica; la madre, una abuela y un primo, pero con la particularidad que en todos ellos la hemisección se había presentado en un solo pie.

Los padres, á excepción del ainhum de la madre, fueron sanos. Él también lo fué siempre y sólo tuvo una neumonía después de iniciada la enfermedad actual.

Con relación al principio y marcha de su enfermedad, nos refiere que hace seis años que notó que en el dedo pequeño, á nivel del cuarto espacio interdigital del pie izquierdo, le había aparecido un granito, que le producía escaso dolor y que, en vez de desaparecer, persistía largo tiempo, terminando por cubrirse de una costra que arrancaba; después volvía á recubrirse de otra nueva, y así por muchas veces. Conforme pasaba el tiempo, el granito primitivo fué avanzando en extensión y ganando en profundidad, convirtiéndose en un surco cada vez mayor hasta llegar á tener el aspecto que muestra la fotografía adjunta.

Al año y medio de comenzado este primer proceso, se inició otro análogo en el pie derecho, que se implantó en el mismo sitio, tomó aspecto semejante y siguió marcha idéntica al anterior. Durante el desarrollo de ambos, acometíanle, por momentos, dolores pasajeros, permaneciendo el resto del tiempo completamente in-

doloras las lesiones. Como sus hábitos y costumbres le exigían permanecer descalzo, con el trascurso del tiempo estas lesiones le molestaron mucho, porque al menor



choque, y aún sólo al caminar, los dedos tendían á exagerar su desprendimiento y le ocasionaban entonces dolores vivos. Por esto se decidió á venir al Hospital.

El examen de los distintos aparatos no revela nada anormal. La sensibilidad se encuentra conservada en los dedos afectados, así como en el resto de los miembros. El tegumento externo no presenta huella alguna de lesiones, ni de cicatrices. La enfermedad ha permanecido local y no ha tenido repercusión sobre el estado general. La *reacción de Wassermann* practicada en la sangre del enfermo, ha dado resultado negativo.

El tratamiento empleado ha sido la desarticulación de los quintos metatarsianos con sus dedos respectivos, hecha por el doctor Mostajo. La enfermedad que presenta este enfermo concuerda en todo con las descripciones de la afección de los países tropicales conocida con el nombre de ainhum.

El ainhum posee una rica sinonimia: conócenla por ese nombre que significa cortar lentamente, los negros Nagos, de la costa occidental de Africa inglesa; otras tribus de negros le llaman *Gundurum* y *Affovi-burum-kué*. En el Sudán se le denomina *Panko-kerendé*; en Madagascar, *Faddiditi* (cosa sagrada, cosa que no se debe tocar); en la India, el pueblo le llama *Sukla-Pakla* (supuración seca); Acoliss le llama *Excéresis espontánea*; G. Bauregard, *Dactylolysis*; en el Brasil se le conoce con el nombre de *Quigila* y también con la denominación de *enfermedad de Silva Lima*, por ser este autor el primero que la describió en el mundo.

El ainhum es una enfermedad exótica que ataca exclusivamente á los hombres de color oscuro, especialmente á los de raza negra. Se caracteriza por un surco que aparece en la piel de la raíz del dedo pequeño del pie, de preferencia en el lado interno y plantar, surco que con el tiempo va profundizándose y tiende á rodear el dedo. Durante el tiempo que dura la enfermedad, que puede ser de uno á diez años ó más (en este caso ha sido de seis), el surco se profundiza cada vez más y avanza hasta llegar á dar la vuelta al dedo;

cuando esto ha sucedido, su extremidad se tumefacta y adquiere un volumen considerable, fenómeno que es posible comparar á los resultados asfícticos producidos por una ligadura colocada en la raíz de un dedo.

En el caso presente, el surco anular completo no existe, razón por la cual no existe tampoco ese desarrollo considerable de la extremidad distal del dedo, pues la parte externa estaba libre y por allí se verificaba su nutrición; con el tiempo es muy posible que, llegando á estrangularlo por completo, se hubiera producido la tumefacción. Durante el curso de esta afección pueden haber algunos leves dolores, pero no es la regla. Una vez que la constricción ha llegado á su máximo, el dedo cae, ya sea espontáneamente, á causa de un traumatismo mínimo, ó porque el sujeto mismo provoca su caída ó obliga á hacerlo á otra persona, pues en los últimos periodos de la enfermedad cualquier choque, por menor que sea, despierta vivos dolores. Pero no solamente en el quinto dedo radican las lesiones del ainhum, pueden también aparecer en el cuarto, tercero, segundo y primero, según orden de frecuencia decreciente. Manson dice que en el Army Medical Museum de Washington, existe un modelo de cera que representa un pie, en el que todos los dedos han sido desprendidos y la enfermedad había comenzado á desarrollarse en la pierna.

También puede tener otro sitio de implantación en el dedo, distinto al ya mencionado que forma la gran mayoría de los casos; puede, en efecto, iniciarse en otro pliegue interfalángico, y después de haber apuntado la parte terminal ir á implantarse en el pliegue inmediatamente superior; también puede localizarse primitivamente en la porción correspondiente al cuerpo de una falange.



A veces la enfermedad, suele ser unilateral como ha pasado con los parientes de este enfermo; otras veces comienza en un pie y después de cierto tiempo se

implanta en el otro, como ha pasado en nuestro enfermo. En cuanto al surco mismo no siempre es anular, es decir, que no da la vuelta completa al dedo; á veces, como hemos visto en esta ocasión, y como ha sucedido con los miembros de la familia del paciente, que presentaron lesiones ainhúmicas, puede ser incompleto, pero en estos casos son siempre los lados internos y el inferior, los primeros en comprometerse y después el superior, quedando libre hasta cierta época el lado externo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

a) A nivel del surco constrictor, se encuentra una hipertrofia de las capas celulares de la epidermis debajo de las cuales existe tejido fibroso que forma una faja circular, causa de la constricción. El hueso está atacado de osteitis rarefaciente que produce su desaparición ó por lo menos su adelgazamiento notable. Tal lesión se vé muy bien en la radiografía adjunta perteneciente á nuestro enfermo.

b) A nivel de la extremidad distal existe menor proliferación de tejido epitelial, pero en cambio un gran desarrollo de tejido adiposo que le da ese aspecto globuloso al segmento terminal; el hueso está atacado de degeneración grasosa y osteitis rarefaciente, pero en menor grado que á nivel de la constricción.

También se han descrito lesiones de endoperiarteritis que producen la obliteración de los vasos de la región.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Por lo que respecta á la etiología y patogenia de esta enfermedad, permanece todavía reducida á simple hipótesis. Se sabe, sí, que su frecuencia es mayor en los hombres que en las mujeres; que ataca perfectamente en la adolescencia y en la edad adulta y además parece que existe cierta predisposición hereditaria, sin considerar su posible origen por el uso de anillos ó ligaduras en los dedos; se ha dicho también que era debido á trastornos tróficos dependientes de lesiones nerviosas, fundándose en su aparición después de dolores lumbares y por su carácter de aparecer en familias. Otros, entre ellos Zambaco Pacha, lo atribuyen á la lepra; pero la falta de otras manifestaciones leprosas y la conservación de la sensibilidad hacen del ainhum enfermedad distinta de aquella, si bien es verdad que la lepra puede producir lesiones semejantes; además, las investigaciones de Le Dantec no han demostrado nunca el bacilo de Hansen en las piezas por él examinadas. Otros autores la consideran como una esclerodermia anular. Wellmann atribuye rol importante al *púlex pedetans*. Proust y otros autores dicen que es debido á amputaciones congénitas producidas por bridas amnióticas; pero esas bridas producen, no una, sino varias otras malformaciones en diferentes sitios y sobre todo tienen el carácter de ser congénitas y no adquiridas como en el ainhum.

La hipótesis de Patrick Manson es una de las más aceptables; dice que es debido en primer lugar á heridas que se producen en los pies, cosa fácil de suceder

en esos individuos por no usar calzado y por la característica formación de las plantas de los pies en esa raza, que como se sabe es casi plana: de manera que los traumatismos se producen por las desigualdades del terreno; las hierbas, malezas, etc. dan lugar á que las heridas permanezcan constantemente irritadas y terminen á la larga por quelóides, retracciones lineales de naturaleza cicatricial, etc. Apoya Manson su hipótesis diciendo que si se observa indistintamente los pies de individuos de raza negra, se verá que en las plantas los pliegues de flexión, especialmente el proximal del quinto dedo, sitio donde se inicia el ainhum, está, cuando no ulcerado, por lo menos irritado, grueso y escamoso.

Castellani cree en la naturaleza parasitaria de la afección.

PRONÓSTICO Y DIAGNÓSTICO

El pronóstico de esta enfermedad es muy benigno pues permanece siempre local y no repercute sobre el estado general del individuo.

El diagnóstico de estas lesiones es fácil: tienen un aspecto típico; quien las ha visto una vez, seguramente las diagnosticará siempre con facilidad. Sin embargo, podría á primera vista confundirse con la enfermedad de Raynaud, la cual comienza con un período de éxtasis capilar, una asfixia local, y termina con una gangrena seca de los dedos, y hace su aparición siempre de una manera simétrica, sobre todo en los dedos de las manos, en sujetos especialmente neurópatas del sexo femenino. También podría confundirse con la lepra: esta enfermedad puede presentar gran analogía con el ainhum y llegar á producir lesiones constrictoras, pero en este caso está casi siempre acompañado de procesos ulcerativos que son los que juegan papel importante en la sección de los dedos; además, existen otros estigmas de la enfermedad en el paciente y siempre la sensibilidad está comprometida.

TRATAMIENTO

El tratamiento de esta enfermedad ha de ser siempre radical; es decir, amputando el dedo atacado. Sin embargo, al comienzo de la enfermedad puede intentarse el tratamiento paliativo, que consiste en incisiones longitudinales, con el fin de seccionar el anillo fibroso constrictor.

Toda la profilaxia estaría reducida al uso del calzado.

Para terminar, diremos que esta afección ha sido y es muy común en Africa, sobre todo en la costa occidental.

En Asia se ha señalado, en la India, China y Ceylán. También existe en la Polinesia. En América ha sido descrita en los Estados Unidos y en el Canadá; en el Brasil, donde Silva Lima la describió por vez primera, haciendo de ella un estudio detallado; en la Argentina también existe.

Si nos atenemos á las aseveraciones hechas por nuestro enfermo, relativas á la existencia de una enfermedad igual en los miembros de su familia y en otras varias personas de su lugar de residencia, la enferme-

dad no debe ser tan rara, por lo menos en Chíncha, solo que ha pasado desapercibida ó desconocida en esa localidad, dándonos oportunidad para describir el primer caso autóctono en el Perú.

Lima, Enero 1920.

PROBABLE IDENTIDAD DE LA HIPERCLORHIDRIA Y LA ÚLCERA PÉPTICA

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

POR EL

DR. GONZÁLEZ CAMPO⁽¹⁾

En lo tocante á atenernos para el diagnóstico exclusiva mente al dato de la sangre oculta cuando no haya hemorragias ostensibles, hemos de decir que hemos visto varios enfermos que tuvieron hematemesis y que no volvieron á presentar hemorragia visible ni oculta durante años en todas las ocasiones en que se buscó, aun cuando persistían á temporadas sus molestias, para reaparecer más tarde, así como hemos observado otros en los que encontramos hemorragia latente en un período determinado cesando luego y no volviendo á presentarse sino meses ó años después, por lo que no nos será difícil comprender la escasa importancia del resultado negativo de la investigación de la sangre. Y es que, como se sabe, así como en el carcinoma las hemorragias ocultas se observan con extraordinaria frecuencia en todos los exámenes, en la úlcera pueden desaparecer por espacio de períodos muy largos, siendo en ocasiones poco probable, como dejamos indicado, que se dé la coincidencia de que vayamos á buscarlas precisamente cuando tengan lugar.

Así *Elsner* (29) sostiene que «en un grupo de casos de úlcera (quizás el mayor) nunca son comprobables hemorragias ocultas». *Rütimeyer* (30) dice que «se observan en más del 50 por 100 de los casos» y *Boas* (31) «las encontró en el 71,4», por lo cual se ve claramente que no existen siempre, llegando, por lo tanto, si nos atenemos á este dato, el más demostrativo de úlcera de cuantos existen, á diagnosticar de hiperclorhídricos á los ulcerosos en los que no las hallamos.

Rodman (32) dice que «hay hemorragia visible por lo menos en el 50 por 100 de las úlceras, y que si se examinasen las heces y el jugo gástrico macroscópica, microscópica y químicamente uno y otro día, es probable que se encontrase sangre en casi todos los casos». *Kemp* (33) está de acuerdo con estas manifestaciones y del mismo modo opinamos también nosotros; lo que hay es que esto no es hacedero, pues ni hemos de extraer el contenido del estómago uno y otro día para su examen, ni el hallazgo de la sangre en este líquido posee valor infalible, ni hay en la práctica, á lo menos en los casos corrientes, posibilidad de investigar las heces días y días hasta dar con el líquido sanguíneo, según ya hemos expuesto.

Acerca de este particular hemos de añadir que en fecha reciente *E. Rosenthal* (34) afirma que sólo el 19 por 100 de sus casos de úlcera tuvieron hemorragias manifestadas en el curso de la enfermedad y que en estos pacientes dejaba de encontrarse la sangre oculta todo lo más al cabo de seis días de la gastrorragia visible. De 323 casos, en 250 no había sangre oculta (77,3 por 100), y en aquellos sujetos en que no hubo hemorragia manifiesta no la había tampoco latente. En

un trabajo anterior, publicado en 1916, decía que cuando no hubo hemorragia ostensible inmediatamente antes del examen, la encontró oculta en el 25 por 100 de los casos, siendo negativa la reacción en el 75 restante, y que la reacción positiva cuando existía era pasajera, pues á los tres días ya no se encontraba.

Opina que si los autores que han tratado este asunto hubiesen hecho la misma investigación y excluido de sus casos aquellos en que había hemorragia manifiesta que servía de base al diagnóstico, siendo innecesaria la latente para diagnosticar, sus resultados hubiesen sido iguales á los obtenidos por él. Cita á *Gregersen* que en una publicación de 1917 da cuenta de 33 casos de úlcera con sangre oculta; en 22 era ésta el eco de una hemorragia manifiesta inmediatamente anterior; en los restantes desapareció la sangre pronto: en unos á los seis días como en los casos del autor, en otros después. Cree posible que las diferencias entre los distintos observadores dependan del número de casos de hemorragias visibles previas que cada uno haya incluido en la estadística.

Añade que el que se encuentre ó no sangre oculta no debe de depender de la técnica. Las reacciones de la bencidina y de Weber, no son tan complicadas para que pueda haber error al practicarlas en el laboratorio de una clínica: él ha empleado esas reacciones siempre y no ha recurrido á pruebas demasiado finas para no incurrir en error por poder ser positivas aunque no haya úlcera. Dice esto, porque *Boas* afirmó en 1917 que «en la inmensa mayoría de los casos de úlcera sin hemorragia manifiesta, sólo se obtienen reacciones positivas empleando las pruebas catalíticas más finas, puede decirse que sólo con la fenolftalina». En un trabajo posterior dice, por el contrario, que todas estas pruebas son demasiado sensibles, por lo que su resultado positivo no es utilizable para el diagnóstico. Parece, pues, que de los casos de *Boas*, sólo dieron verdadera reacción aquellos en que hubo hemorragia manifiesta previa.

La sangre oculta no es, en su opinión, frecuente en la úlcera y mucho menos permanente: los casos en que con síntomas de úlcera no había sangre oculta, no eran casos curados, como lo demostró varias veces la operación.

Los clínicos más eminentes encuentran en muchos casos considerables dificultades para distinguir la hiperclorhidria de la úlcera. Si bien es cierto que porque exista esta dificultad no hemos de pensar que la hiperclorhidria es reveladora de la presencia de la úlcera péptica, nos parece muy probable que tal dificultad estribe en que se pretende diferenciar un mismo proceso.

Así, *Mathieu* (35) decía que «ciertas dispepsias sin ulceración pueden caracterizarse por dolores bastante intensos y, al contrario, la úlcera latente puede manifestarse sólo por fenómenos de dispepsia vulgar; de aquí causas de error algunas veces verdaderamente insuperables».

Algo análogo piensa *Rütimeyer* (36) cuando dice: «con frecuencia no es posible el diagnóstico diferencial de la úlcera con la neurosis si falta la sangre oculta. Nos guiará la relación directa ó la falta de relación de las molestias dispépticas—que existen lo mismo en la hiperclorhidria sin úlcera—con la clase y cantidad de alimentos. No hay que olvidar, al tratarse de un estado nervioso general, que precisamente en los neurasténicos encuentra la úlcera terreno abonado. El dolor á la presión epigástrica y dorsal habla en pro de úlcera; el aliviarse el dolor por presión externa, en pro de neurosis». Si recordamos que hay ulcerosos sin dolor á la presión y que este síntoma existe en muchos supuestos hiperclorhídricos, recordemos que este dato carece de importancia diagnóstica.

(1) Véase el número anterior.

Elsner (37) escribe que «en todos los casos en que la acidez total llegue á más de 80 (2,92 por 1.000), se procederá cuerda y seguramente en la posibilidad de una úlcera». Tanto valor concede á esto, que, además de repetirlo en distintos lugares de su libro, á renglón seguido de la manifestación anterior insiste, subrayándolo: «Según nuestra experiencia, casi siempre se trata de una formación ulcerosa en los casos en que la acidez total del jugo gástrico pasa de la cifra 80, aun cuando no puedan comprobarse otros signos de ulceración».

«El diagnóstico diferencial entre la hiperacidez del jugo gástrico y la úlcera gástrica puede ser extraordinariamente difícil. Son muchos los casos de úlcera que clínicamente solo provocan las manifestaciones de la hiperclorhidria. La distinción es fácil cuando hay hemorragias ocultas: de una dificultad considerablemente mayor parece ser el diagnóstico diferencial entre la hiperacidez y la úlcera redonda cuando la investigación de esas hemorragias da resultado negativo. A menudo solo podemos hacer conjeturas; sin embargo, creemos poder decir que en general el carácter de viveza y contractural ó de calambre de los dolores hiperclorhídricos denota muy probablemente una úlcera gástrica.»

Zweig (38) que estudia la hiperclorhidria en el capítulo de la dispepsia nerviosa como neurosis de secreción, dice, según ya hemos expuesto, que «en la hiperclorhidria no complicada no hay nunca dolor propiamente dicho», y continúa escribiendo: «Según mi experiencia, todo dolor de hambre, ó sea que se alivia ingiriendo, hay que tomarlo con precaución, pues casi siempre se encuentra por exploración detenida que tras la hiperclorhidria se oculta una úlcera duodenal ó gástrica. Schur refuerza esta opinión con números en una gran estadística.»

Al ocuparse en la úlcera dice *Zweig* (38): «En mi opinión la úlcera se diagnostica en la práctica demasiado raras veces. Conoce una gran serie de casos, tratados durante años como hiperclorhidria nerviosa, hasta que una hematemesis explicó los dolores existentes tanto tiempo.»

Adviértase que pocos autores están conformes con la manifestación de *Zweig* de que en la hiperclorhidria no complicada no existe nunca verdadero dolor, así como hemos de reparar en que la circunstancia de calmarse éste por ingestión es propio de la hiperclorhidria lo mismo que de la úlcera.

Con respecto á lo consignado por *Elsner* acerca de las sospechas que debe infundir la determinación de una acidez alta hasta el extremo de que se trate de úlcera cuando la acidez total sea superior á 80, hemos de hacer constar que con acidez mucho más baja que esa hemos reconocido buen número de úlceras indudables, así como que, según todos saben, la acidez total, suma de la clorhídrica y de la orgánica, puede llegar á tal proporción y pasar de ella, siendo reducida la clorhidria, cuando hay exceso considerable de ácidos de fermentación. Además, estimamos un tanto arbitrario pensar en úlcera cuando la acidez pase de 80 y no hacerlo si pasa, por ejemplo, de 70 sin llegar á la cifra anterior, ya que no sabemos que un grado determinado de acidez sea incompatible con la integridad de la mucosa gástrica ó duodenal y otro algo menor pueda darse en un estómago sin lesión.

Kuttner, que admite el dolor como síntoma de la hiperclorhidria, y que dice que se presenta dependiendo de la cantidad y calidad del alimento á las dos ó tres horas de la comida ó aún después, según la opinión de la mayoría de los clínicos, escribe lo siguiente (40):

«Se dan como síntomas característicos de la hiperclorhidria puramente nerviosa la aparición de paroxismos pro-

nunciados con intervalos libres, la escasa sensibilidad á la presión del sitio en que se siente el dolor, la disminución de él por la presión, pero no pueden tomarse como criterio específico digno de fe. Se observan numerosas excepciones en los dos sentidos.

»Como demostrativo del dolor de úlcera se considera: que los dolores se presentan en forma de calambre, generalmente en seguida de comer, y más pronto y más fuerte después de comidas sólidas que líquidas, y que desaparecen por vómito espontáneo ó provocado. Pero ni el carácter del dolor, ni su relación con las comidas, ni la calidad de éstas pueden ser decisivos para el diagnóstico. Hay muchos casos en que el dolor no es en calambre, sino del carácter del de la hiperclorhidria simple, y en los que es más fuerte con estómago vacío que después de la ingestión. Tampoco tiene influencia decisiva la calidad del alimento; en general la relación del dolor con las comidas existe no sólo en los ulcerosos, sino en todos los individuos que tienen exceso de ClH.

»En mi opinión, los datos palpatorios de dolor epigástrico ó dorsal por percusión sobre el estómago poseen una significación limitada. Sólo en casos raros, es decir, cuando la sensibilidad á la presión es bien claramente pronunciada podemos dar valor diagnóstico á este signo. Lo mismo puede decirse de las zonas de hiperestesia de Head y, en general, de todos los síntomas subjetivos, pues todos tienen los mismos inconvenientes.

»Lo dicho hasta aquí debe ser suficiente para demostrar lo difícil que es en casos dados diferenciar los dolores de úlcera de los de hiperclorhidria.»

A esto debemos añadir por nuestra cuenta que precisamente á la aparición de paroxismos dolorosos pronunciados con intervalos libres que, según *Kuttner*, se da como característica de hiperclorhidria, se le asigna por *Aaron* (41) y por otros autores valor como propia de la úlcera del duodeno y aun de la del estómago, así como que en presuntos hiperclorhídricos lo mismo que en ulcerosos confirmados el dolor espontáneo y el provocado se presentan en la forma más desemejante, según hemos expuesto anteriormente y según todos los que poseen experiencia de estos asuntos han podido observar.

Más adelante sigue diciendo *Kuttner*: «El guiarse por los signos de neurosis general para diferenciar la úlcera de la neurosis gástrica es contraproducente.» Está de acuerdo en este punto con *v. Bergmann*, que halló en 58 de 60 ulcerosos alteraciones marcadas en el sistema vegetativo. Dice luego: «*Lehmann* hizo investigaciones en este sentido en 150 enfermos, entre ellos 40 ulcerosos gástricos ó duodenales seguros; un gran número de los ulcerosos tenía estigmas del sistema vegetativo con reacción fuertemente positiva para la prueba farmacológica. Aunque no se pudo comprobar el antagonismo riguroso entre vagotonía y simpaticotonía señalado por *Eppinger* y *Hess*, los ulcerosos tenían más bien trastorno del vago que del simpático; con signos de hipersecreción ó hiperclorhidria. Las investigaciones de *Lehmann* dieron por resultado que hay que ser muy cautos para no generalizar el concepto de vagotonía sobre la base de la prueba química, pues demostró en investigaciones numerosas, en sanos y enfermos, que casi todos los individuos presentan en la juventud marcada reacción para la pilocarpina ó la atropina, y que la reacción á la prueba química no va paralela á los estigmas que señalan trastorno del sistema nervioso vegetativo. Si se comprobasen estas investigaciones resultaría mucha limitación para las relaciones entre vagotonía y úlcera.

»Después de todo esto hay que reconocer que, en ciertos casos, aun con una ponderación exacta de todos los datos

del diagnóstico diferencial, y á pesar de una exploración irreproachable, es imposible decidir si una hiperclorhidria demostrada es de naturaleza puramente funcional ó si es imputable á una úlcera.

«Cuanto más cuidadosamente se explora, más se convence uno de que la hiperclorhidria genuina no se presenta muy frecuentemente».

Al hablar del curso y del pronóstico de la hiperclorhidria dice que «no hay que ocultar que la hiperclorhidria es un trastorno muy rebelde y que después de desaparecer los síntomas subjetivos, á pesar de seguirse el tratamiento, el trastorno funcional puede continuar invariable. Un curso de esta naturaleza hace pensar en si es la hiperclorhidria por sí la que da lugar á las molestias subjetivas; para salir de este dilema se supone que existe en tales casos hiperestesia de la mucosa y se piensa que por el tratamiento disminuye la sensibilidad de los nervios gástricos para el exceso de ClH. Pensando sin prejuicios, hay que reconocer que las explicaciones de esa clase son confusas. Es posible que suceda así, pero no es verosímil. Se comprende bien que la sensibilidad de los nervios gástricos para el ClH sea mayor en unos individuos que en otros, pero es inverosímil que en un mismo sujeto pueda variar temporalmente tanto que, á pesar de seguir con su hiperclorhidria, soporte en ciertos períodos sin molestia los alimentos más groseros y menos favorables, mientras que en otros períodos sienta molestias duraderas aun observando todas las precauciones. Esto hace pensar que la hiperclorhidria que sigue ese curso no es más que el síntoma de otra enfermedad; cuando la dolencia fundamental cura, mejora ó está en latencia, cesan los síntomas subjetivos aunque la hiperclorhidria, consecuencia de la enfermedad primaria, subsista».

Si tomamos en cuenta que las molestias del hiperclorhidrico son gástricas y no de otros órganos, ¿puede encontrarse un apoyo más elocuente de nuestra opinión que el que suministran las manifestaciones de *Kuttner* expuestas en los párrafos últimamente copiados? Si con idéntico exceso de acidez en unas épocas hay síntomas gástricos y no los hay en otras, según lo expuesto por el eminente clínico alemán, es racional pensar que no depende de la hiperclorhidria sino de la enfermedad del estómago de la cual es manifestación el trastorno químico.

¿Qué le falta á la idea informadora de los anteriores párrafos de *Kuttner* para decir lo mismo que nosotros? Acaso solamente el atrevimiento de exponer con valentía un concepto que late en espíritu en las líneas copiadas y que pudiera tal vez no haberse exteriorizado por no querer quien las trazó ir en contra de la corriente pasando por radical innovador.

Einhorn (42), *Stockton* (43), *Austin* (44), *Kemp* (45), *Aaron* (46), etc., no dicen en sus libros nada que invalide nuestro modo de pensar ni señalan diferencias de bulto entre la hiperclorhidria y la úlcera al ocuparse en el diagnóstico de ellas. *W. F. Cheney* (47), que considera la hiperclorhidria la mayor parte de las veces como sintomática de lesiones gástricas, biliares, del apéndice, etc., dice que «sólo en los libros existen las neurosis gástricas, pues una historia parecida á la de úlcera, con hiperclorhidria, no existe sin enfermedad en alguna parte, generalmente en el abdomen. Hace constar que en tiempos pasados se consideró la dispepsia ácida como posible resultado de un trastorno del sistema nervioso solamente, pero tal suposición, con las facilidades actuales para esclarecer los hechos, no es ya admisible. La verdadera causa no estará siempre clara, pero siempre existe, y su investigación cuidadosa la revelará tarde ó temprano».

Entre nosotros, *Madinaveitia* (48) reconoce que en España «el número de ulcerosos es grandísimo como lo es el de hiperclorhídricos». Respecto á las hemorragias dice este autor que «así las ocultas como las visibles se presentan en la úlcera en el período de la actividad, pero hay muchas úlceras crónicas en las cuales no hay ninguna clase de hemorragia durante meses y aun años, y se vuelven á presentar sin que estemos autorizados á pensar en nuevas úlceras, porque esa es la marcha más frecuente de las hemorragias en las úlceras». Dice también que «á la intensidad del dolor y á los vómitos les concedemos poco valor para el diagnóstico de la úlcera». «Perseguiremos siempre las hemorragias ocultas para ver la frecuencia de las pérdidas sanguíneas. Este mismo procedimiento nos servirá para diagnosticar de úlcera casos en los cuales faltan hemorragias visibles y que por no presentar ese síntoma no nos atrevíamos á llamar ulcerosos. No es raro el que tratemos á un enfermo que no tiene síntomas de úlcera, y, de pronto, se le presenta una hemorragia que nos hace rectificar nuestro juicio».

Yagüe (49) manifestó lo siguiente en 1919: «Falta un cuadro sintomático propio de la úlcera, siendo sus síntomas comunes los de otras gastropatías con las que las más de las veces coincide ó á las que acompaña». Es innegable que al decir lo que antecede se refiere en primer término á la hiperclorhidria. Dice luego: «La hematemesis abundante, síntoma que mejor la descubre, es justamente el que más veces falta en forma ostensible y de fácil reconocimiento por ser la hemorragia, en realidad, hecho de complicación y secundario á la situación de la úlcera en las proximidades de un vaso de importancia y á su corrosión por ella».

Y añade: «Los exámenes anatómo-patológicos cada día más numerosos por la frecuencia de las intervenciones terapéuticas han hecho conocer lo común de la úlcera gástrica».

En otro trabajo reciente, puesto que apareció hace hoy catorce días en *España Médica* (50), dice *Yagüe* entre otras cosas que refuerzan también nuestra creencia: «La observación, por desgracia, ha permitido ver y comprobar que sólo rara vez y por excepción el cuadro sintomático de la úlcera es completo, y bastante común ser sorprendidos en la asistencia de sujetos por la aparición inesperada de hematemesis, que sólo se pueden explicar por la existencia de la ulceración, sin otras manifestaciones que las discontinuas de la hiperclorhidria más ó menos atenuadas. Hay necesidad, á lo menos, de pensar en la existencia ó posibilidad de úlcera en cuantos enfermos aquejen molestias gástricas de tipo hiperclorhídrico, acentuadas y persistentes, y, aun sin ellas, deber sospecharla en todos los rebeldes».

Nótese la absoluta concordancia de las anteriores ideas con las expuestas por nosotros en el curso de esta Conferencia y con otras análogas que hicimos públicas anteriormente y á las que antes hemos aludido.

Goyanes (51) dice: «Un hecho notable que hemos observado es el siguiente: en ningún caso operado con diagnóstico de úlcera gástrica dejó de observarse la lesión, ó mejor, las cicatrices de la úlcera en su aspecto externo ó peritoneal, hecho que nos afirma en la idea de que la úlcera es frecuentísima, mucho más de lo que se cree; gran parte de los enfermos diagnosticados de hiperclorhídricos son sencillamente ulcerosos».

Las manifestaciones que anteceden poseen extraordinario valor en apoyo de lo que nosotros opinamos; alguna de ellas como la última de *Goyanes* se aproxima considerablemente á la que sustentamos.

En España se presenta la úlcera péptica con frecuencia extraordinaria, probablemente mayor que en otros países,

ya que aquí son también, como atestigua *Madinaveitia* y como varias veces hemos expuesto nosotros en varias publicaciones, los hiperclorhídricos mucho más numerosos que en el extranjero. Y se diagnostica la citada lesión ahora un considerable número de veces más que hace algunos años, desde que para reconocerla investigamos las heces en busca de sangre oculta y recurrimos á otros medios exploratorios que, como los rayos Roentgen, pueden facilitar en algunos casos su reconocimiento.

En prueba de la frecuencia de la úlcera gástrica consignaremos que, según *Brinton* (52), la proporción de úlceras activas ó cicatrizadas que se ha hallado en las autopsias es, en toda Europa, de 5 por 100; *Grünfeld* (53) en 450 autopsias la encontró 92 veces, ó sea el 20 por 100; el 5 por 100 como *Brinton* comprobó *Welch* (54), como fruto de 32.052 necropsias hechas en Praga, Berlín, Breslau, Dresde, Erlangen y Kiel. *Rütimeyer* (55), encontró como resultado de las autopsias realizadas en diferentes países el siguiente tanto por ciento: Rusia, 0,8; Suiza, 2,6; Austria, 4; Alemania, 5; Inglaterra, 5; Dinamarca, 16,7, y Norte América, 1,3.

Según *Reinhard* (56), en 10.000 autopsias se encontraron 293 úlceras pépticas (gástricas y duodenales), ó sea el 2,93 por 100; de esas 293 no habían dado síntomas, y, por lo tanto, no habían sido tratadas 236.

De una estadística de *Gruber* (57), referente á 4.208 autopsias practicadas en Estrasburgo, resulta que se encontró úlcera péptica en 170, ó sea en el 4,02 por 100 y sólo 18 veces se había hecho el diagnóstico.

Las diferencias entre las cifras consignadas por unos y otros autores, acerca de la frecuencia con que se encuentra la úlcera en las autopsias dependerían, según *Hayem* (58), de cómo cada observador ha interpretado el término de úlcera.

Según hemos dicho, para *Bickel* y *Rubow* la hiperclorhidria se debe á hipersecreción ó á hipermotricidad. La primera se considera actualmente como sintomática de una úlcera por la mayoría de los autores, entre los cuales está el tantas veces citado *Kuttner*, el cual afirma que la causa más frecuente de hipersecreción es la úlcera, según su experiencia médica y quirúrgica; otros, más categóricos, aseguran que en todos los casos es la úlcera la determinante de la hipersecreción.

Eppinger y *Hess* (59), con su «vagotonía», hacen constar la frecuente coincidencia de ésta y la úlcera y estiman la hipersecreción, así como ciertos trastornos espásticos de evacuación y motilidad, como estigmas de vagotonía.

La hipersecreción digestiva, que para *Elsner* (60) es de causa nerviosa relacionada con la astenia de *Stiller*, para *Strauss* (61) ocupa en su patogenia la úlcera el papel primordial (en el 23 al 33 por 100 de los casos se comprobó). *Grandauer* (62) encontró hipersecreción digestiva en casi los dos tercios de los ulcerosos; *Huppert* (63), en el 57 por 100 de los casos halló ó sospechó la úlcera. *Boas* (64), que hace algunos años no pensaba así, tiene ahora la opinión de *Strauss* y considera como demostradas las relaciones entre hipersecreción digestiva y úlcera. *Kemp* (65) acepta esa relación, no habiéndola visto con la frecuencia que *Grandauer* (sólo en el 31 por 100), por no haber tomado en cuenta sino los datos para el diagnóstico seguro de úlcera con más rigor que este autor y que *Huppert*.

Se piensa también en la etiología nerviosa de esta forma de hipersecreción, así como de las otras, viéndose que coincide á veces con una neurosis general, con alteraciones del sistema nervioso vegetativo ó con la astenia de *Stiller*. Ejémonos en que modernamente se dice que la úlcera coincide con gran frecuencia con estas alteraciones que pueden determinarla en buen número de ocasiones.

Respecto á la hipermotricidad señalada por *Bickel* y *Rubow*, diremos que de nuestra experiencia, así en lo que se refiere á extracción del contenido gástrico como á la exploración radiológica, se desprende que no suele vaciarse muy de prisa el estómago de los hiperclorhídricos, haciéndolo en cambio rápidamente el de los que tienen aclorhidria de no haber estenosis pilórica.

Así como en la úlcera del duodeno es frecuentísima la hipermotricidad coincidiendo con la hiperclorhidria, hasta el extremo de que esos datos, unidos á hipertonicidad y á hiperperistaltismo gástricos, constituyen el llamado síndrome duodenal, en la úlcera del estómago no suelen ir juntos aquellos dos factores. No parece muy de acuerdo con la realidad el hecho de que se asocien corrientemente la hiperclorhidria y la rapidez de evacuación, según acabamos de indicar como fruto de nuestra observación. Lo que la fisiología nos ha enseñado es que á medida que los ingesta abandonan el estómago, la excitación secretora va menguando, por lo que al quedar en el órgano poco contenido alimenticio la secreción se reduce considerablemente.

(Continuará.)

BIBLIOGRAFIA

DR. GARCÍA DEL DIESTRO: *Estudio clínico de la tuberculosis gangliopulmonar en los niños*.—Un tomo. —Edic. "Calpe", 1920.

Con el título «Estudio clínico de la tuberculosis gangliopulmonar en los niños» y editada por la casa «Calpe», acaba de publicarse una interesantísima monografía del autorizado especialista Dr. García del Diestro.

Es admitido ya por todos, que la tuberculosis, la *peste blanca*, que dicen algunos, es la enfermedad que causa más víctimas, y no es menos cierto que la gravedad de esta entidad morbosa está en razón directa del momento de su evolución clínica en que se la diagnostique. Hasta el punto, que todo médico debería, ante un enfermo de cualquiera índole, buscar en él la tuberculosis, máxime si se trata de un pediatra, ya que en la infancia es cuando probablemente comienza la enfermedad en todos los tuberculosos.

Y á esto tiende el importante trabajo de nuestro maestro. La adenopatía tráqueobronquial, dice García del Diestro, no es siempre tuberculosa; pero, según las estadísticas de algunos autores citadas por él, lo es en un 79 por 100 de los casos.

Probablemente la vía por donde penetra el germen en esta edad, es muchas veces la respiratoria y no siempre la digestiva como pretenden *Behring* y sus partidarios, cuestión esta de la más alta importancia para la profilaxis del temido mal; y la adenopatía tráqueobronquial es en la mayoría de los casos una de las primeras manifestaciones de la lucha del organismo contra el bacilo de Koch, que ha conseguido atravesar la mucosa respiratoria y circular por las lagunas y vasos linfáticos, hasta llegar á los ganglios mediastínicos. Diagnosticar precozmente una adenopatía tráqueobronquial tuberculosa, equivale, pues, á encontrar los primeros momentos de una tuberculosis pulmonar, meningea, intestinal, etc.

Y este diagnóstico precoz puede hacerlo seguramente cualquiera que lea detenidamente y estudie el breve folleto del ilustre pediatra.

García del Diestro ha leído todo ó poco menos, lo que han publicado sobre el asunto los especialistas ingleses, alemanes, italianos y franceses, está al tanto naturalmente de todo lo que se ha hecho en España, ha comprobado en sus consultas numerosas del Dispensario del Príncipe Alfonso

no, y del Instituto Rubio, en los niños de las escuelas públicas y en su clientela particular, las aseveraciones de los maestros y ha podido hacerse un juicio claro de lo que hay de cierto y erróneo en estas aseveraciones.

Va analizando uno por uno los síntomas clínicos y los datos de laboratorio, justipreciando á cada cual con criterio imparcial y sereno de inteligente en la materia, agregando valiosos datos de observación personal, y reúne esta intensa labor en el brevísimo espacio de 100 páginas y 8 láminas.

Después de un corto prefacio, en el que recomienda como mejor medio de prevenir la tuberculosis, en tanto que se descubra la vacuna preventiva, «el mejoramiento de las razas humanas y del medio ambiente en que la vida del hombre civilizado se desenvuelve, en el que reconoce la necesidad de medidas gubernativas relativas al matrimonio eugénico, seguro contra la enfermedad y la invalidez, protección á los hijos ilegítimos, lucha antialcohólica, etc., etc., medidas todas encaminadas á robustecer al organismo para luchar ventajosamente con todos los gérmenes bacterianos, y en el que habla, en fin, ligeramente de la contaminación del niño en los primeros años de la vida, demostrada por numerosas pruebas tuberculínicas realizadas sistemáticamente en clínicas, incluidas y colegios, de admitir por buenos los términos «tuberculinización» y «tuberculosis», explicando sus diferencias, prefiriendo sin embargo el de «tuberculosis latente» de Araciz Alfaro, para aquellos casos en que habiendo ya lesiones anatómicas bacilares no se manifiestan todavía por síntomas clínicos, y de algunas otras generalidades no menos importantes, comienza su delicado trabajo por un estudio bien detallado, claro y conciso de la anatomía de la región en que se desenvuelve el cuadro clínico que nos ocupa.

Divide todos los ganglios que acompañan al árbol respiratorio en varios grupos:

I. Los pretráqueo-bronquiales de Bourdillon y Di Stefano ó tráqueo-bronquiales de Schlossmann, que son dos; uno á la derecha y otro á la izquierda y están situados en ambos ángulos de bifurcación de la tráquea, entre ésta y los dos bronquios principales que de ella nacen.

II. Grupo intertráquea-bronquial formado por el conjunto de ganglios que ocupan el ángulo que originan los dos gruesos bronquios al separarse.

III. Grupos interbronquiales (pulmonares de Schlessmann) localizados en los ángulos de bifurcación de los bronquios hasta la división cuarta; algunos de éstos, el mayor número, son los ganglios mediastínicos, otros están ya en pleno parénquima pulmonar. Da las principales relaciones anatómicas, y las hace bien comprensibles con una bonita lámina.

Y entra de lleno en los síntomas, que con gran acierto divide en síntomas generales, síntomas locales propiamente dichos y síntomas localizados á distancia.

No es cosa de irlos enumerando uno por uno; equivaldría á reproducir el texto, ya que no es posible hacer un resumen en pocas líneas, de cuestiones tan interesantes, que requieren más espacio del que se dispone en una referencia de esta índole. Baste decir que aquí están reunidos todos los datos y descubrimientos que respecto al asunto se han publicado en estos últimos años en libros, folletos y revistas, expuesto todo ello con un método altamente pedagógico que facilita su estudio.

Dedica después un capítulo á las complicaciones y tres más á los diagnósticos clínico, anatómico y etiológico, haciendo hincapié en la urgente necesidad de establecer un diagnóstico clínico precoz, ocupándose con extensión y gran copia de datos del empleo de los rayos X, tanto en la forma de radioscopia como de radiografía, indicando las ventajas

de cada una y dando en general la preferencia á ésta sobre aquella, ya que salvadas las dificultades de la transparencia del tórax infantil, y la inquietud y rebeldía de los niños, con la posibilidad de las radiografías instantáneas, se pueden leer en las placas mejor que en la pantalla fluoroscópica, las alteraciones anatómicas que se tratan de descubrir. Da preciosos datos para distinguir una adenopatía tráqueo bronquial tuberculosa, de una consecutiva á la coqueluche, el sarampión, la escarlatina, gripe, difteria, algunas rino-faringitis, etc., y sobre todo la sífilis, describiendo detenidamente las pruebas clínicas y de laboratorio, desde la fiebre provocada por el ejercicio y las inyecciones de suero fisiológico, y las diversas reacciones á la tuberculina, hasta los análisis más difíciles y complicados que requieren una técnica completamente especializada.

Termina con el diagnóstico diferencial, los tipos clínicos que tienen mayor interés y da valiosos datos para sentar un pronóstico acertado que afortunadamente se hace menor pesimista á medida que avanzan y se perfeccionan los medios de que se dispone para hacer el diagnóstico en los primeros momentos de la enfermedad.

La monografía del ilustre profesor del Instituto Rubio y del Dispensario del Príncipe Alfonso, ha de ser leída con gran interés y provecho, no sólo por los especialistas en tuberculosis infantil, sino por los estudiantes de los últimos años de Medicina y por los médicos generales, ya que la cuestión que tan magistralmente trata, no es una rareza que incumba á los pediatras, sino un tema trascendental que deben conocer cuantas personas se dediquen á la elevada misión del mejoramiento de la raza y de la previsión y cura de las enfermedades.

Felicitemos muy efusivamente al doctor García del Dierro por el acierto que ha tenido en la elección y desarrollo de tan importante tema.

NIEVES GONZALEZ BARRIO.

Periódicos médicos.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La actividad hemolítica de las soluciones de ars-fenamina y neoarsfenamina, por los Dres. John A. Kolmer y Elizabeth M. Yagle.—Hacen un estudio de las propiedades hemolíticas de estas sustancias, según se empleen en soluciones ácidas ó alcalinas, con objeto de averiguar la patogénesis de ciertas complicaciones que se observan después de las inyecciones intravenosas de estos medicamentos y de él deducen las siguientes conclusiones:

1.^a Todas las soluciones ars-fenámicas son hemolíticas, debido principalmente á la actividad hemolítica directa de la ars-fenamina misma.

2.^a Las soluciones ars-fenámicas en soluciones salinas isotónicas son de tres á diez veces menos hemolíticas que las soluciones acuosas.

3.^a La actividad hemolítica de las soluciones ars-fenámicas en agua y en salinos isotónicos se aumenta irremediablemente al agregarse hidrato de sodio á fin de neutralizarlas; la adición de un exceso de álcali aumenta la actividad hemolítica.

4.^a Las soluciones concentradas de ars-fenamina en agua y salino isotónico son más hemolíticas que las diluídas.

5.^a La neoarsfenamina no es hemolítica.

6.^a Las soluciones diluídas de neoarsfenamina en agua, como 0,9 gramos en 90 c. c. ó más de agua, son hemolíticas,

debido á la hipotonicidad de la solución. Las soluciones concentradas, como 0,9 gramos en 30 c. c., ó menos de agua, no son hemolíticas, debido á la existencia de suficientes sales inorgánicas procedentes del medicamento para hacer la solución casi isotónica.

7.^a Para evitar la hemolisis al administrar soluciones diluidas de neoarsfenamina, debe emplearse una solución fisiológica estéril de cloruro de sodio preparada con agua destilada recientemente; al administrarse las soluciones concentradas (cada 0,1 gramo disuelto en 3 c. c., ó menos) puede emplearse agua destilada esterilizada.

8.^a El grado de hemolisis provocado por la administración de la arsfenamina puede disminuirse: a) empleando en vez de agua esterilizada soluciones salinas de tal concentración, que hagan las soluciones isotónicas; b) evitando la administración de soluciones concentradas; c) neutralizando y «aclarando» cuidadosamente la solución con hidrato de sodio contando las gotas ó midiendo de otro modo la cantidad necesaria y no agregando más de un quinto de esta cantidad en exceso, y d) administrando las inyecciones lentamente para mezclar y diluir gradualmente la solución con la sangre. (Edición española del *The Journal A. M. A.*, 1-4 920.)

2. El remedio de Friedmann en la tuberculosis, por W. Weiss.—Empieza el autor comentando lo que en estos últimos años se ha dicho acerca de este remedio, que tras un corto período de entusiasmo volvió á caer en el olvido, en parte por no haber correspondido á las esperanzas que hizo concebir y en parte por las perturbaciones de la guerra; da cuenta después de su observación personal y expone varias historias clínicas, á continuación de cada una de las cuales formula respectivamente las siguientes conclusiones parciales:

1.^a En un paciente con tuberculosis avanzada y antigua el remedio no produjo ninguna mejoría ni evitó la muerte; en los casos análogos es ineficaz.

2.^a En un enfermo tuberculoso pulmonar, al que se había producido neumotórax artificial y ya por este tratamiento había mejorado algo, la inyección de Friedmann determinó la aparición de una pleuritis exudativa, que debió influir favorablemente en la curación que se efectuó.

3.^a En un caso de tuberculosis hereditaria se produjo supuración en la región en que se inyectó el remedio, pero curó ésta pronto y el efecto fué favorable.

4.^a En un caso de tuberculosis de los vértices con pleuritis se produjo mejoría objetiva y subjetiva. Lo mismo ocurrió en otros cinco casos de apicitis.

Como conclusiones generales de su trabajo el autor dice:

1. El tratamiento con el remedio de Friedmann constituye una inmunización activa, y presupone la existencia de reservas inmunizantes, que viene á despertar.

2. No es el de Friedmann un remedio universal contra la tuberculosis, ni tiene pretensiones de serlo.

3. En los casos adecuados y en dosificación conveniente, el remedio de Friedmann es inofensivo.

4. Así en las tuberculosis quirúrgicas como en las internas, los informes publicados y la observación propia inducen á proseguir el tratamiento con el remedio Friedmann, que en ciertos casos quizás llegue á tener valor de verdadero específico. (*Wiener Klinische Woch.*, 8 de Abril de 1920).—L. P.

3. Tratamiento de la encefalitis letárgica, por A. Netter.—La analogía evidente entre la poliomiélitis y la encefalitis letárgica, ha permitido al autor afirmar que esta última tenía por causa un agente dotado de afinidad para con todos los elementos celulares nerviosos, pero particularmente para los contiguos á los ventrículos y vasos pedunculares.

La misma razón le indujo á admitir que este agente debía existir en las cavidades bucal, nasal y faríngea; y, finalmente, que debía tratarse de un virus filtrante, hechos que han venido á comprobar los experimentos de Berdford, Bashford, Strauss, Hirschfeld, Harvier, etc. Fundamentado en estas nociones etiológicas, ha instituido el tratamiento de los 72 casos que ha observado.

Administra seis ú ocho veces al día dosis de urotropina, que, como ha demostrado Crowe, aparece á los pocos minutos en el líquido cefalorraquídeo; infusión de jaborandi, que activando la secreción salival, favorece la eliminación del virus fijado en las células ganglionares contenidas en las glándulas salivales. Para evitar la acción depresiva de la pilocarpina sobre el corazón, da adrenalina, muy útil contra la astenia que se presenta en todos los casos, debida quizás á la fijación del virus en los elementos de las glándulas suprarrenales y de todas las glándulas endocrinas. Inyecta esencia de trementina para producir un absceso de fijación, de excelentes resultados; de 27 enfermos inyectados, en 19 se produjo absceso que tuvo que ser abierto y murió sólo uno; de 27 no inyectados murieron 18.

Las inyecciones intrarraquídeas de suero de pacientes que hayan pasado la enfermedad, empleadas por Sicard y Sabrazés, son inútiles y peligrosas. El virus de la encefalitis conserva su virulencia varios meses y durante ese tiempo la sangre no debe contener anticuerpos; debe contener aglutinas. Aun dando por supuesto que contuviera anticuerpos, deberían ser continuadas las inyecciones durante varios meses, al contrario que en la poliomiélitis, en la que su empleo no necesita prolongarse más de ocho días.

Contestando al autor, que exponía el asunto en la Academia de Medicina de París, Vincent manifestó que Laubie había empleado simultáneamente la inyección intrarraquídea de suero antitetánico y el absceso de fijación; juzga probable que á éste se debieran los buenos efectos del tratamiento. (*La Presse Médicale*, 7 de Abril de 1920).—L. P.

4. Las amígdalas como puerta de entrada de las infecciones, por J. Citron.—A estas conclusiones llega el autor en su extenso trabajo «La función fisiológica de las amígdalas no es aún del todo conocida»; así pueden ejercer oficio de órganos de excreción como de puerta de entrada para las infecciones, ocurriendo esto aunque ostensiblemente se hallen intactas. Para el paratífus experimental, en la infección *per os* sirve de puerta de entrada el anillo faríngeo linfático normal; es, pues, muy probable que en las infecciones naturales tífica y paratífica el virus siga el mismo camino para penetrar en el organismo.

La presencia en la amígdala del microbio productor de la infección no prueba que sea aquella la puerta de entrada; pero el hecho adquiere gran probabilidad cuando se ve, como efectivamente ocurre, que la afección tonsilar precede á la infección general, que las recidivas tonsilares van seguidas de recidivas generales, que el magullamiento de la amígdala provoca un nuevo ataque, y que la tonsilectomía produce la curación.

Existe estrecha relación entre las amigdalitis superficiales crónicas recidivantes y la poliartritis reumática, la glomerulitis aguda, la endocarditis, la pleuritis, etc. La sépsis criptogénica es consecuencia muchas veces de la infección tonsilar.

El tratamiento radical consiste en la amigdalotomía. (*Deutsche Med. Woch.*, 25 de Marzo de 1920).—L. P.

5. De la encefalitis epidémica, por W. Spat.—Se basa el trabajo del autor en la observación de 19 casos.

Respecto á la fiebre, del estudio comparativo de ellos se deduce que en muchos, cuando ya los demás síntomas han

llegado á adquirir bastante intensidad, la temperatura sigue siendo aún normal, lo que frecuentemente induce á errores de diagnóstico.

Así ocurrió en una mujer que llegó por su pie á la clínica; decía sentirse mal, no veía á contar los dedos de la mano, había perdido en parte la facultad de distinguir los colores, el examen del fondo del ojo no revelaba nada anormal; se diagnosticó histerismo; pronto el sueño invencible y demás síntomas caracterizaron la encefalitis letárgica. Otros dos enfermos llegaron apiréticos, con diagnóstico de corea menor, y hasta tres días más tarde no se presentó la fiebre. Otro ingresó sin fiebre, pero ya con delirio, que se atribuía á una herida que tenía en la cabeza. En otro, que presentaba una pequeña herida en un dedo, se había pensado en el tétanos: se presentaron convulsiones en forma de tic, estando aún apirético. La fiebre, pues—que por lo demás durante el curso de la afección en todos los casos ha llegado á 40°— en el primer estadio es síntoma de poco valor para el diagnóstico.

Insomnio pertinaz, no influenciado por los narcóticos, como en los enfermos de Jaksch y Dimitz, sólo se observó en un caso.

No se ha comprobado que las manifestaciones de excitación motora sean de los síntomas más constantes, como afirma Dimitz, pues sólo se observaron movimientos coreicos en cuatro enfermos, faltando en los demás.

En ocho casos hubo alucinaciones, excitación frenética y delirio. Suelen estos síntomas ceder pronto, dominando el cuadro la somnolencia, acompañada á veces de ligero delirio febril.

En un caso existieron rigidez de la nuca, síntoma de Kernig y calambres.

Las relaciones de la encefalitis letárgica y la gripe son á veces indudables, pero sólo cuando del análisis bacteriológico lo autorice podrá aplicarse á aquélla el calificativo de gripal. Respecto á la relación que exista entre ambas enfermedades ofrecen particular interés los casos leves de encefalitis.

En uno de éstos el enfermo presentó el síndrome de una ligera gripe, con fenómenos bronquíticos pasajeros y temperatura subfebril; tenía también desigualdad pupilar, que á ratos desaparecía, y diplopía. Otro paciente presentó perturbaciones intestinales, dolores cólicos en el bajo vientre y más tarde hipo, diplopía, ligero estrabismo y monoparesia del brazo izquierdo. Otro enfermo empezó quejándose de dolores «reumáticos» en los brazos; á los dos días de estar en la clínica se levantó una noche y empezó á cantar y bailar; calmado por hipnosis, permaneció dormido ocho días. Otro muchacho de catorce años enfermó con intensas perturbaciones intestinales y diarrea durante unos días; se estableció después la diplopía y cayó en un sueño que duró doce días, al cabo de los cuales se inició la convalecencia.

Tratamiento: a) Período de excitación: Mientras los hipnóticos por lo general fracasan, da excelentes resultados la hipnotización, recomendada calurosamente por el autor; en una sesión de pocos minutos se inculca al paciente la idea de que cuando despierte se esté quieto y tranquilo en la cama; ordinariamente se consigue que desaparezcan la inquietud y los movimientos coreicos.

Esta influencia del hipnotismo prueba que no hay lesión orgánica en la corteza cerebral, pues de haberla no sería la sugestión tan fácil. Afirma Economo que en esto se halla el carácter diferencial de la encefalitis gripal, en la cual, en oposición á lo que ocurre en la encefalitis letárgica, no existen fenómenos inflamatorios. Para aclarar este punto son necesarias ulteriores observaciones.

b) El estadio de sueño. En un paciente que se hallaba ya con el estertor agónico, practicó el autor una extracción de líquido cefalorraquídeo para estudiar las alteraciones que presentaba en este período, y á los pocos momentos observó sorprendente mejoría en el enfermo: se despertó, hablaba claro, pidió de beber, se puso húmeda la lengua, antes muy seca, y dijo sentirse bien.

Repetido el experimento en otros pacientes comatosos, extrayendo siempre dos probetas llenas, los resultados fueron iguales: á cada nueva punción, dice el autor, con la seguridad que en un experimento, se obtiene más duradera mejoría. No sabe cómo explicar esta acción; pero como no cree que se deba sólo á la descompresión, sospecha que influirá la extracción de toxinas.

Se cuidará de vaciar la vejiga, de alimentar al enfermo y de variarle de decúbito.

Aunque grave la enfermedad, contando con la hipnosis y la punción lumbar, el pronóstico no es tan serio: de los 19 enfermos sólo murieron 2; uno de neumonía por aspiración, y otro tardíamente diagnosticado. (*Wiener Klinische Woch.*, 1 de Abril de 1920).—L. P.

6. La urea, el azúcar, los cloruros y la colessterina en la sangre y en el líquido cefalorraquídeo durante el curso de la encefalitis letárgica, por Laporte y Rouzaud.—En todos los casos existía hiperglicorraquia. Este aumento de azúcar en el líquido cefalorraquídeo se acompaña siempre de hiperglicemia, pareciendo consecuencia de ella.

La azoemia varía de 0,50 á 0 gramos, fuera de toda lesión renal.

La urea del líquido cefalorraquídeo aumenta paralelamente á la urea sanguínea, aunque sin llegar á la proporción de ésta.

La colessteremia está rebajada, por lo menos en las formas letárgica s; estuvo aumentada en dos casos de encefalitis mioclónica.

Los cloruros se hallan en cantidad normal, ó ligeramente aumentados, en el líquido cefalorraquídeo.

El estudio de este líquido y de la sangre puede suministrar datos útiles para el diagnóstico y pronóstico de la encefalitis letárgica. (*La Presse Medicale*, 7 de Abril de 1920).—L. P.

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de la blenorragia con el vaczígón por Peters.—Conclusiones:

1.^a En la epididimitis, prostatitis y deferentitis es muchas veces de gran utilidad el empleo del vaczígón; como en ningún caso ha producido perturbaciones de importancia, merece ensayarse.

2.^a En el reumatismo articular blenorragico el vaczígón es muy eficaz; en tales casos constituye el tratamiento de elección.

3.^a Fracasa en cambio frecuentemente el medicamento en la blenorragia no complicada del hombre y de la mujer, así como también en la gonorrea catarral de las niñas.

4.^a En todos los casos donde se trata de determinar si una blenorragia está ó no curada, es decir, con fin preventivo, se usará el vaczígón.

5.^a Siempre que se emplee éste, se evitarán los demás tratamientos.

Se expende el vaczígón en ampollas de diferentes clases, cada una de las cuales contiene 5, 10, 20, 50 ó 100 millones de gérmenes por centímetro cúbico, y también en frascos se conserva bien. Se usa en inyección intramuscular ó intravenosa.

En la
do dosis
dolas pro
de tres á
millones
cal, pero
presenta

En la
veces m
calofríos
hay elev
pronto. (—L. P.

1. Tr
malina,
epitelio
que obre
ción bacte
yera el b
coagular
formando
cos, bacte
indujeron
tóxica, p
en el org
en forma

Estan
doblad
un tubo
tarde, 30

Fuer
se puso
Flexner;
purgante
Atendien
siciones,
ves (34)

En to
guinol
se hicier
efectos s
tro de lo
y tercer
catorce d
sistencia
estado c
éstos; á
ños. En

Cuan
lla, se co
nada má
aquellos
En un
dolor; pe
ros días
doloroso
L. P.

2. Un
cluir en
Dr. Clave
tor Juari

En la inyección intramuscular se empieza administrando dosis que contengan cinco millones de gérmenes; elevándolas progresivamente (entre una inyección y otra pasarán de tres á cinco días), llegan á administrarse dosis de 1.000 millones de gérmenes. No ha observado el autor reacción local, pero sí agudos dolores en el epididimo enfermo, que se presentan á las pocas horas.

En la inyección intravenosa las dosis son cuatro ó cinco veces menores; la reacción general, que se acompaña de escalofríos, es bastante intensa, así como la reacción de foco; hay elevación térmica. Todas estas perturbaciones pasan pronto. (*Deutsche Medizinische Woch.*, 25 de Marzo de 1920).—L. P.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento de la disentería con enemas de formalina, por E. Schiff.**—La localización disentérica en el epitelio del intestino grueso es circunstancia favorable para que obren los medicamentos aplicados en enema; de la acción bactericida de la formalina era de esperar que destruyera el bacilo disentérico; y de su acción astringente, que coagulara la albúmina en la superficie de las ulceraciones, formándose una capa protectora contra los agentes químicos, bacterianos y mecánicos; estas consideraciones teóricas indujeron al autor á sus ensayos. No es de temer la acción tóxica, pues el formaldehído se quema en su mayor parte en el organismo, eliminándose sólo muy pequeña porción en forma de ácido fórmico.

Estando el paciente en decúbito lateral, con las piernas dobladas, é introduciendo algunos centímetros en el recto un tubo de goma, se inyectaban dos veces al día, mañana y tarde, 300 c. c. de solución acuosa de formalina al 1 por 100.

Fueron sometidos á tratamiento 50 enfermos, en los que se puso de manifiesto el bacilo de Shiga, y rara vez el de Flexner; se suspendió todo otro tratamiento, excepto algún purgante, administrado sólo en las formas muy recientes. Atendiendo más al estado general que al número de deposiciones, se clasificaron los enfermos en leves (6), casi graves (34) y graves (15).

En todos, desde los primeros días, dejaron de ser sanguinolentas las deposiciones, aumentaron de consistencia, y se hicieron menos frecuentes, siendo lo general que estos efectos se obtuvieran en los enfermos de los tres grupos dentro de los cuatro primeros días; en muy pocos del segundo y tercer grupo, niños que no retenían la solución, tardaron catorce ó quince días las deposiciones en adquirir la consistencia normal. Cuando existen ya debilidad cardíaca y estado caquético, la formalina no ejerce influencia sobre éstos; á consecuencia de tales estados murieron cuatro niños. En los demás no sobrevinieron recidivas.

Cuando las deposiciones adquieren consistencia de papilla, se continúa durante una semana poniendo los enemas nada más una vez al día; cuando la consistencia es normal aquellos se suspenden.

En un sujeto sano, los enemas de formalina no producen dolor; pero en los disentéricos, especialmente en los primeros días y en el momento de practicar la irrigación, son muy dolorosos. (*Wiener Klinische Woch.*, núm. 41, de 1919).—L. P.

EN LENGUA ESPAÑOLA

2. **Un caso de desmorfinización sin necesidad de recluir en un establecimiento especial al enfermo.**—El Dr. Clavero del Valle dice que la lectura del artículo del doctor Juarros, publicado en este periódico con el título «Un

caso de desmorfinización, en el domicilio del enfermo» le impulsa á dar á conocer el siguiente caso de su clientela particular, por la analogía que con aquel guarda.

Joven de veinticuatro años, de oficio pintor, acude á mi consulta en demanda de medios que le saquen de su aflictiva situación. El enfermo nos cuenta que ha vivido maritalmente con una mujer y que ésta acostumbraba á ponerse todos los días dos inyecciones de morfina, que varias veces ella le incitaba á saborear el placer que con la droga experimentaba, y que él siempre se oponía tenazmente á adquirir tal vicio, pues comprendía que en algunas horas del día le inhabilitaría é invalidaría para trabajar. Pero un día se le presentó una fuerte neuralgia facial, tan acentuadísima que en vista de que no desaparecía con los recursos caseros, la compañera de vida le inyectó un centigramo de morfina logrando calmar su sufrimiento.

Al día siguiente volvió á manifestarse la neuralgia, y en vista del efecto calmante de la inyección, la repitió y obtuvo el mismo resultado, y para evitar la nueva presentación del dolor insistió en las inyecciones hasta encontrarse en el estado que le impulsaba á consultar conmigo.

El enfermo abandonó á la mujer, pero no al vicio de la morfina, el cual fué aumentando y, comprendiendo que así no podía vivir, por una parte, por los trastornos que le ocasionaba, y por otra, que con su jornal no podía subvenir al gasto diario de suministrarse la morfina, quería curarse pronto de su morfinomanía.

Como se ve, el enfermo no era un abólico y con ello se tenía mucho conseguido para su curación.

Le expuse los medios de la desmorfinización rápida y los síntomas de ansiedad que había que sentir al llegar á las horas acostumbradas para la inyección y que necesitaba la ayuda de su familia ó de una persona allegada para que le vigilase y se opusiese á la expresada inyección cuando llegara la hora.

Esta última parte era la más difícil; sin embargo, un amigo suyo, persona muy culta y de elevados sentimientos altruistas, se prestó á ser vigilante del enfermo, contribuyendo con mis prescripciones á la total curación de la morfinomanía de este joven.

Los medios fueron muy fáciles; aparte de esa vigilancia externa, en los instantes de la ansiedad tomaba una poción polibromurada, si ésta no producía el efecto apetecido el veronal sódico, un reconstituyente á base de lecitina y estriquina y alimentación nutritiva con abstención absoluta de bebidas alcohólicas.

Con este sencillo plan terapéutico conseguimos la total desaparición de la intoxicación crónica de la morfina en este enfermo. (*El Eco Médico Quirúrgico*, 15 4-920.)

OTORRINOLARINGOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Enfermedades de la garganta producidas por el diplococo lanceolado neumónico, por el Dr. A. Heindl.**

—Cuando el diplococo se obtiene en cultivo puro, se caracteriza la afección por la aparición de una gruesa capa blanquecina, gris ó verdosa, algo análoga á la de la difteria, lo más frecuentemente en el polo superior de una de las amígdalas ó en las criptas tonsilares, acompañada de dolor á la deglución, ligera elevación térmica é infiltración indolora, análoga á la de la difteria ó de la angina de Plaut-Vincent, en las glándulas linfáticas de la región. Unilateral la placa al principio, se extiende después á la pared posterior de la faringe, y pasa á la otra amígdala, localizándose preferentemente en el tejido adenoideo; blanca al principio, por la llegada de otras bacterias cambia de coloración, toma aspecto mucoso



y sangra fácilmente. Transcurridos unos cuatro días con dis-fagia, infarto ganglionar, anemia y gran malestar, la enfermedad empieza á ceder. No producen efecto el salófono, el ácido salicílico, la tintura de iodo, el agua oxigenada ni los sueros diftérico ni estafilocócico; en cambio, la inyección de suero neumónico (400 gramos de una sola vez, de E. Merk) va seguida de rápido alivio.

La enfermedad se ha presentado en forma epidémica durante la semana precedente á la publicación del trabajo del autor; refiere éste seis casos, con los respectivos análisis bacteriológicos, por los que se prueba la preponderancia casi absoluta del diplococo.

En los casos graves da buenos resultados el salvarsán, lo que parece probar que el diplococo prepara el terreno para el desarrollo de diversos espirilos. (*Wiener Klinische Woch.*, 1.º de Marzo de 1920.)—L. P.

VIAS URIARIAS EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Contribución á la técnica de los lavados de uretra y vejiga, por V. Plater.**—Por la posibilidad de graduar mejor la fuerza necesaria para vencer la contracción del esfínter, muchos médicos juzgan preferible el empleo de jeringa y sonda al de cánula de doble corriente é irrigador. Para evitar los inconvenientes de tener que llenar varias veces la jeringa de líquido—frecuentemente se emplea más de un litro—y de tener que retirar la sonda para el lavado de la porción anterior de la uretra, ha ideado el autor lo siguiente:

Si entre los instrumentos de que se dispone se halla el aspirador de Dieulafoy, en el tubo expulsor enchufa una pequeña cánula de doble corriente de metal ó de vidrio (construídas bajo la dirección del autor, por Kutil las metálicas, y por Haack las otras), y en el tubo aspirador del aparato coloca un tubo flexible, cuyo extremo libre va á introducirse en el líquido.

Cuando hay que servir de una lavativa ordinaria, se enchufa en el tubo de ésta un aparatito ideado por el autor, de mecanismo algo parecido al del aspirador de Dieulafoy, en el que haciendo girar un tuerca se consigue, ya que por un tubo entre en la jeringa el líquido, ó ya que éste salga por otro tubo al que se adapta una sonda de doble corriente que se introduce en la uretra; por un tercer tubo se vierte fuera el líquido que al levantar el émbolo, estando cerrado el aparato, ha refluido de la vejiga á la cámara de la jeringa.

Cuando se quiere que penetre en la vejiga el líquido, se inyecta despacio, aumentando gradualmente la presión hasta vencer la resistencia esfinteriana; pero cuando se busca determinar una gran distensión de la parte anterior de la uretra y una enérgica contracción del esfínter vesical (lavados de presión de Kutner), entonces se aumenta muy rápidamente la presión, é inmediatamente después se eleva el émbolo para que el líquido, sin penetrar en la vejiga, refluya á la jeringa.

El aparato es de sencillo manejo. (*Wiener Klinische Woch.* núm. 42 de 1919.)—L. P.

RADIOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Interpretación de los hallazgos radiológicos en el diagnóstico de la úlcera péptica.**—Los doctores C. W. McClure y Laurence Kynolds, presentan una serie de casos en los cuales demuestran la importancia de una buena interpretación radiológica en el diagnóstico de la úlcera péptica,

y las dificultades que á veces se oponen á ello, y llegan á establecer las siguientes conclusiones:

1.ª Ocurren casos en los cuales, ó bien no se diagnostica la existencia de úlcera ó no puede determinarse su existencia ó ausencia, excepto por medio de una operación exploratoria.

2.ª Es necesario interpretar los hallazgos radiológicos, de acuerdo con los datos obtenidos por medio de estudios clínicos cuidadosos y completos.

3.ª En ciertos casos, los hallazgos radiológicos confunden más bien que contribuyen al diagnóstico.

Es altamente necesario que el internista adquiera familiaridad con los hallazgos radiológicos, pero no puede esperar convertirse en un perito como el radiógrafo experimentado, porque la radiología es una labor especializada que requiere muchos conocimientos, mucha experiencia y gran destreza de parte del médico que se dedique á ella. Los mejores resultados se obtienen por medio de la cooperación del clínico y del radiólogo. Esta cooperación consiste en:

1. De parte del radiógrafo, en la descripción exacta de los hallazgos, la descripción de los estados más probables que representan, y la exclusión de artefactos.

2. De parte del clínico, en la incorporación de los hallazgos radiológicos en la sintomatología y el diagnóstico. (Edición española de *The Journal*, A. M. A., 1-4 1920.)

BIOLOGÍA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Papel de las vitaminas en la nutrición, por A. Lumiere.**—Recuerda el autor que, como ha demostrado en trabajos anteriores, las palomas alimentadas exclusivamente con arroz descortezado pierden rápidamente el apetito, muriendo la mayoría con síntomas de inanición. En el presente trabajo demuestra que la pérdida de apetito es debida á que el bolo alimenticio no puede pasar de las primeras porciones del tubo digestivo ni sufrir en este lugar la fase de elaboración preliminar indispensable. La masa alimenticia, en efecto, permanece anormalmente seca en el papo ó en la molleja, formando con las arenillas silíceas un bloque compacto y duro que no puede proseguir su ruta á lo largo del canal digestivo. Esta detención alimenticia tiene por causa la inactividad de las glándulas de secreción externa, cuyos jugos contribuyen á la elaboración indispensable. Si á las palomas que han llegado al período de intolerancia se les administra un poco de levadura de cerveza, las glándulas del estómago vuelven á producir secreción. Parece, pues, demostrado que el arroz descortezado carece de sustancias que son excitantes de dichas secreciones, y tales sustancias serían precisamente las vitaminas. (*La Presse Medicale*, 7 de Abril de 1920.)—L. P.

2. **Variaciones del poder aglutinante y del poder opsonizante de un suero en estado de crisis coloidal, por Duhamel y Thieulin.**—Los coloides, según su signo eléctrico, se comportan de modo diferente. Los de signo negativo (oro, plata, carbono, azufre, albúmina) aumentan el poder aglutinativo; los de signo positivo (hierro, cobre) le aminoran; esta acción en los dos casos, llega al máximo entre las sesenta y las ochenta horas que siguen á la inyección intravenosa. El oro coloidal eléctrico y la plata han sido los más activos de la serie estudiada.

Las investigaciones hechas acerca de las variaciones del poder opsonizante tras la inyección intravenosa de plata coloidal eléctrica demuestran que el poder fagocitario de los leucocitos no es influenciado durante la crisis; sólo las opsoninas del suero serían afectadas. (*La Presse Medicale*, 7 de Abril de 1920.)—L. P.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Conferencias y Academias.—La crisis y el porvenir de los médicos.

En la Real Academia Nacional de Medicina sigue desarrollándose el ciclo de las conferencias que en este año han dado tanta brillantez á sus trabajos. A la en que el Sr. Fernández Sanz expuso metódica y elocuentemente sus ideas y observaciones acerca de la encefalitis letárgica, sucedió la del señor Mollá acerca de los últimos conocimientos y progresos en la cirugía de la próstata. Uno y otro conferenciante se mostraron dignos de la reputación de que gozan, el primero como neurólogo y clínico general, y como urólogo y cirujano distinguido el otro. Bien se lo hizo comprender el público con su numerosa asistencia y sus aplausos.

La última conferencia dada el miércoles 5, estuvo á cargo del catedrático de Oftalmología de la Facultad de Medicina, Dr. Márquez, quien disertó acerca de la crítica y desarrollo histórico de la operación de la catarata, leyendo curiosísimos documentos y párrafos entresacados de libros escritos en los siglos XVI y XVII y mostrando proyecciones interesantísimas que produjeron viva complacencia en los académicos y el público que las presenció.

La Academia Médico Quirúrgica continúa también con sus activos é incesantes trabajos, ofreciendo cada lunes una sesión variadísima en la que figuran comunicaciones breves pero substanciosas de los individuos que constituyen el elemento joven y ya de asegurado porvenir de nuestra profesión y nuestra ciencia. Tendríamos que nombrar á todos en larga lista, y para evitar omisiones injustas nos limitamos á nuestra felicitación de conjunto, nacida del vivo sentimiento y orgullo y de satisfacción que nos produce el espectáculo plausible de esta vieja Academia, siempre nutrida de savia renovada y joven.

Después de la aparición de nuestro último número ha tenido lugar la clausura de las Cortes, la dimisión del Gobierno, un paréntesis de cuatro días y, por último, la resolución de la crisis, formándose un Gabinete en el que, bajo la presidencia de D. Eduardo Dato, y entre otros nombres que nos interesan menos, figuran para la cartera de Gober-

nació el Sr. Bergamín; para la de Instrucción pública el Sr. Espada, y para la de Hacienda el señor Domínguez Pascual.

Por hoy nos limitamos á felicitar á los nuevos consejeros, esperando de ellos fecundos trabajos en provecho del bienestar y la cultura; pero no hemos de negar que nos produce verdadera tristeza el comprender, que segura la clausura y disolución de las actuales Cortes vuelven á quedar aplazados *sine die* proyectos importantísimos como la ley de epidemias en que tenía su organización toda la inspección sanitaria de nuestro país, sin la cual, como tantas veces lo hemos repetido y demostrado, nada se conseguirá de verdaderamente beneficioso y estable, ni en favor de la salud pública, ni en legítimo provecho de las clases profesionales que por ella trabajan y en honor de ella se sacrifican.

Tendremos que volver á esperar... ¿Hasta cuándo? Eso, nadie puede augurar, ni siquiera los que aparecen como agentes más eficaces é importantes en nuestro trasiego político.

De mal el menos que nos queda consignado y sancionado en la nueva ley de presupuestos el principio de la garantía del pago de los titulares y que es de creer que el Sr. Domínguez Pascual se apresurará á procurar su cumplimiento inmediato publicando las instrucciones y normas en que han de fundarse los médicos y los Ayuntamientos para cumplir, como es su ineludible deber, el precepto preciso de la ley.

DECIO CARLAN

EL MEDICO EN SOCIEDAD

Lo que representa.

El médico es el doctor por antonomasia, para los educados; el Galeno para quienes presumen de doctos; para los militares, el físico; la esperanza de las madres cuando sus niños están enfermos; el yunque donde golpean sin cesar los aprensivos; el ansia viva de cuantos sienten dolores. Aparece como Dios en los hogares angustiados por una enfermedad grave; se trueca en ángel al disiparse el peligro, y se le teme como al demonio en la hora de cobrar los emolumentos.

Si reflexiona antes de dar dictamen, se desconfía de su parsimonia, tomándola por ignorancia, y si se resuelve con infundada prontitud, se le disputa por ge-

nio. Ha de ser cauto en lo que dice, aunque su decir responda al dictado de la conciencia. Debe andar de prisa hasta cuando convenga el paso mesurado; detener las esperanzas por si se malogran; sembrar recelos para que su fama aumente, porque si el pronóstico era adverso y el resultado es luego excelente, gana en nombradía, y si se atiene al justo medio, suele pagarse la franqueza con menosprecio de su trabajo.

Tiene que ser discreto porque asiste al teatro del mundo entre los bastidores y conoce las flaquezas de los grandes, las turbulencias de quienes gobiernan, los secretos de los menudos y las interioridades de todos. El rico le agasaja, el mediano le estima, el pobre le contempla. El marido le refiere las más recónditas de sus impresiones; la mujer le muestra las más reservadas de sus inquietudes. No le conviene aparecer muy listo en achaques de la vida para que los enfermos por miedo de descubrirle las miserias morales no le escondan el origen de las físicas. Ha de ser perspicaz sin delatarlo, atrevido sin parecerlo; unas veces hosco, disfrazado de amable, y otras veces meloso, con ropaje de hurano.

De la precisión de su diagnóstico depende en ciertos casos la salud de un pueblo y en muchos el sosiego de diversas familias. Cuando receta, si piensa en los que le ven escribir está en camino de cometer un yerro, y si solo en el paciente, á punto de soltar la pluma. Es persona que en más de una ocasión con solo varias letras sueltas ha de componer palabras congruentes. Tiene que ver en la sombra y oír en el silencio y en muchos momentos suministrar al cerebro, como únicos materiales para que elabore ideas, las sensaciones que reciben los pulpejos de sus pulgares. Han de hallarse en su labor prodigios de adivino, sutilezas de psicólogo, sagacidades de observador científico, sabiduría, serenidad y arte del mundo, ó si mejor se quiere, gramática parda.

No descansa en las enseñanzas oficiales para conseguir lo que necesita. El Estado le cobra las matrículas, el título, le da profesores y escuela. En cuanto á la instrucción científica, auténtica, positiva, real, ya es otro cantar. La anatomía ha de aprenderla disecando, pero hay escasez de cadáveres; ha de necesitar enfermos y las clínicas nunca albergan los precisos. El trabajo en laboratorios es inestituible y las Facultades de Medicina suelen hallarse instaladas con medios pedagógicos que no bastarían para un mediano Instituto de segunda enseñanza.

Pero en fin, mal que bien—casi siempre menos bien que mal—al cabo de unos años le suministran al que lo solicita, después de los consabidos exámenes, el título codiciado. Ya puede hacerlo todo, practicarlo todo, correr á sus anchas por el mundo complejo, intrincado, laberíntico, asombroso del organismo humano donde se dan en compendio las infinitas maravillas del vivir universal, desde las más sutiles vibraciones de la materia hasta los más amplios efectos de la transformación de la fuerza.

El que se ha examinado y pagó las correspondientes pesetas por el título, es médico, y según le dice el Estado, lo sabe todo; Anatomía, aunque apenas si ma-

nejó el escalpelo un par de semanas; Histología, por más que no acierte á asomarse á un microscopio; Fisiología, aunque hubo de atenerse á una esfera experimental reducidísima; Patología, con pocos enfermos examinados en manifestación tumultuosa; Operaciones quirúrgicas, contemplando á vista de pájaro las ejecutadas por el catedrático; Higiene, al través de referencias librescas ó de discursos bonitos. Los buenos profesores, como son buenos, suelen ir poco á clase ¡la clientela! Señor, si valen tanto, ¿cómo no han de acudir al potentado que padece y al alto puesto que reclama su presencia? Hay que atenerse á los auxiliares que, como los alumnos, también suelen ser enciclopédicos, y á los maestros asiduos, que en más de un caso poseen una asiduidad algo peligrosa.

Ya está convertido en médico el escolar, y le conviene, si no ha de adocenarse, adquirir por su cuenta la ilustración técnica que más cuadre á sus aficiones. Todo, no. Estudiarlo todo en Medicina equivale á no estudiar nada. Concebido el propósito, lánzase el estudiante (y ahora va á serlo de veras) al extranjero; asiste á cursos determinados, frecuenta clínicas, oye lecciones de aplicación, y cuando regresa á España puede envanecerse de que su clase, la de los médicos, figura por propio derecho á la cabeza de la cultura nacional; porque es importadora de ideas, porque se asoma á los lugares de la Tierra donde se trabaja, es decir, donde antes se trabajaba por el enaltecimiento del hombre, pues en tales sitios se padece á la sazón un acceso de locura que cambia en bárbaros á los cultos; en territorios de desolación á los de progreso, y en sangre vertida y descompuesta á la que al circular y oxigenarse engendrará siempre vida y prosperidad. Si el médico siente efectivo amor por la ciencia, que se despida del provecho; son realmente enemigos. La ciencia pide todas las horas, todas las aptitudes, todas las emociones. La ciencia es devoción continua, fervorosa, irreductible. Laboratorio, experimentos, estudio, difícilmente se hacen compatibles con los ajeteos de la visita, con la agobiadora permanencia en la consulta. Si logra fortuna figurará entre los que llaman felices, venturosos; los envidiosos de la clase. Los que no duermen con sosiego, los que no saborean las comidas, los que no viajan á su gusto; los que nunca se divierten á sus anchas. El enfermo necesita disponer del médico á la voz: ¡Que venga en seguida! ¡que me duele! ¡que estoy peor! ¡que se me va la cabeza! Se busca al médico á escape; se le llama con imperio, sin disculpas, y acude con la mayor velocidad. Es el duque, es la marquesa, es el personaje. Entre los dolores hay categorías. Sospecho que existen trisplánicos aristocráticos, nervios plebeyos, sensorios de elevada y de ínfima condición.

Además, ¿quién sabe si el medio ambiente, influyendo en las cualidades fisiológicas de los seres, impondrá á los humildes la anestesia de la resignación comunicando á los encumbrados el orgullo de la hiperestesia! El doctor solícito de las clases pudientes, cobra bien lo mucho que trabaja. Es verdad que sacrifica su juventud y la madurez de su vida, pero cuando llega la vejez, puede gozar de ahorros que en bastantes

ocasiones sirven para proporcionarle entierro magnífico y tumba suntuosa; más ¡ay! que estos médicos del privilegio que van en coche de una casa á otra, se pasan el día tomando pulsos, al través de epidermis sedosas y cobran cuentas extraordinarias, son los menos; luego están los otros, los que también trabajan pero con productos escasos. Como la oferta de doctores es copiosa, el producto que reportan las visitas se ha puesto en relación inversa al coste de las subsistencias y de los alquileres de las habitaciones. Hay profesor que hace oposiciones con cinco ejercicios, trinca, exhibición de conocimientos como para conseguir el más empingorotado empleo, y luego le dan la plaza con sus buenas dos mil pesetas anuales, seguro de que irá ascendiendo hasta cobrar nada menos que cuatro mil cuando tenga sesenta primaveras.

Por supuesto que las pesetas del cargo las cobrará. No así otras procedentes de la clientela particular. Deberle visitas al médico no produce pesadumbre en la conciencia de muchos. Hay que pagar primero el abono de los teatros, el perifollo, los gajes de la ostentación, los derechos de la vanidad. El médico aguarda más fácilmente que el dueño de la perfumería y tiene el genio menos irascible que la modista.

La visita particular de la clase media es además un poco fantástica. Siendo tan numerosa la clase, ¿qué familia no cuenta en su seno con algún aventajado doctor? Además, lo de las sociedades es muy socorrido. Se agrupan las clases para obtener por poco dinero ó sin ninguno, médicos excelentes y variados, porque á medida que el sacrificio es menor se exige más. Y hay sociedades de todo género, tanto que el mejor día puede suceder que la insigne corporación de grandes de España ó el más selecto sindicato de banqueros decidan constituir una corporación con médico y farmacia gratuitos.

Los que no suelen reunirse son los doctores en medicina, y si se reúnen es para tirarse los trastos á la cabeza, pues á fuer de españoles de pura raza opinan como el héroe del refrán, que goza de dicha el tuerto cuando su desgracia acarrea la ceguera del vecino.

Ahora bien, el médico harto de las pesadumbres que le proporciona la ciudad ó antes de someterse á sus exigencias, puede esconderse en cualquier partido rural, y entonces sí que habrá redondeado su suerte, porque con las iguales vivirá pobremente, molesto con los abusos del cacique y sin llevar dentro el afán por los inefables recreos del estudio.

Así resulta que ilustre, mediano ó modesto, el médico siempre pone más que recibe. Se le exige sacrificio sin brindarle la recompensa correspondiente; se espera todo de su vocación, y en verdad que cuando no la tenga ha de sufrir hondas contrariedades; las del sacerdote sin fe, las del soldado sin patriotismo, las del doliente sin esperanza.

Así los enamorados de la ciencia se encierran con ella á gozar de sus encantos y huyen de la vida profesional. Otros, los más, se acomodan á las realidades, sacan de ellas el consiguiente provecho, siempre con arreglo á la esfera en que trabajan y nunca conforme

al esfuerzo que invierten. Claro está que á veces algunos señores repican y andan en la procesión, quiero decir que tienen clientela numerosa y además se consagran á estudios é investigaciones por puro romanticismo, pero estos casos son excepcionales. Al que consume diez horas de vivienda en vivienda, ó examinando en la suya á los clientes que le asedian ¿cómo pedirle que tenga el cuerpo apercebido y el espíritu dispuesto para meterse en el laboratorio, encerrarse en la clínica, ó zambullirse en la biblioteca?

De modo que los donaires y mofas de los escritores (singularmente de algún preclaro español del siglo XVII) contra los que llama el grosero decir matacanos, es de lo más injusto que produjo en toda ocasión la irreverencia de los hombres. Estudie medicina todo el que quiera solazarse con las maravillas del organismo humano y de su funcionamiento, pero quien no se sienta con bríos para ver cómo se desarrolla y cómo le arruina el cruel tirano que se llama padecimiento físico, deje las aulas apresuradamente. Si al cabo concluye la carrera y al empezar á ejercerla no quiere vivir en continuo trato con las penas, con los duelos, con las miserias, con las ingratitudes, con el inacabable y nunca bien correspondido sacrificio, abandone la senda emprendida, porque al pisarla encontrará algunas rosas, pero ¡ay! que también ha de sentir y con mayor abundancia las espinas.

Puede tener el médico para consuelo de sus pesares el de que todos los ciudadanos son colegas suyos, porque no hay sujeto ilustre ó vulgar, respetabilísimo ó zarramplin que no dé su parecer respecto de las enfermedades y del modo de curarlas. Así también desde la dama de fuste á la comadre de plazuela, no hay mujer que no lleve dentro de sí un Hipócrates, todo lo cual no obsta para que á la postré quien ejerce la medicina sea el editor responsable de cuantas muertes ocurren por la ley fatal que nos ha hecho perecederos.

Nunca se dió vida más complicada que la del médico, si ha de cumplir todas sus obligaciones para con la Sociedad y para su conciencia. Asomémonos á los deberes y á los derechos de quien ejerce la sagrada y noble profesión. Discurramos acerca de su papel en el mundo, de los peligros que le acechan, de las dificultades que ha de vencer; juzguémosle con absoluta imparcialidad, pues en estas páginas no tiene quien las escribe más interés que el de servir á la verdad, madre y señora de todos los buenos pensamientos.

J. FRANCOS RODRIGUEZ

DESDE UNA TRIBUNA

Permítame usted, señor director, que crea oportuno comunicar algunas impresiones personales experimentadas por mí en estos últimos días, con motivo de los acontecimientos parlamentarios que afectan á nuestra clase.

Conocedor de lo crítico de las circunstancias, por la lectura de los periódicos, por lo ocurrido en el Congreso y por el inesperado incidente de la Real Academia de Medicina en el día de la recepción del doctor Sarabia, supuse que las sesiones del Senado tendrían vital importancia, y con efecto, á

aquella Cámara me dirigí y esperé pacientemente la llegada de la discusión del asunto que como antiguo titular y como médico amante de los prestigios de la clase me interesaba. Llegó la sesión permanente, transcurrieron las horas de la noche, lentas, monótonas y á ratos frías. Amaneció, se extinguió el alumbrado eléctrico del salón y la luz gris de la mañana iluminó los rostros macilentos de los senadores, los taquígrafos y los hujieres.

¿Cuándo se discutiría el asunto de los titulares? No debía ser muy pronto, ó quizás no se discutiese, porque en los escaños yo no veía de los treinta y tantos senadores médicos y farmacéuticos con que cuenta la Cámara, más que dos ó tres, y no podía creer que los demás dejaran, por su comodidad y su descanso, de estar al cuidado de punto que debía llegarles al alma.

En las tribunas no había ningún médico, en cambio numerosas alumnas y maestras de la Escuela Normal seguían con avidez la suerte de una enmienda que á ellas tocaba, siquiera no fuese tan importante como la nuestra.

Indudablemente habíamos perdido el tiempo: la enmienda de los médicos no sería defendida, ni leída siquiera.

Nos equivocamos: pasadas las nueve de la mañana un secretario dió lectura á la adición propuesta por el Sr. Cortezo, según la cual las deudas de los Ayuntamientos, con los médicos carcelarios, los titulares, los forenses, los veterinarios y los farmacéuticos serían consideradas como deudas del Estado y embargados los bienes de los municipios que las hubieran contraído, para satisfacerse directamente por el Ministerio de Hacienda.

La cosa, después del repudio del Congreso nos parecía inverosímil, y sin embargo, oímos al presidente de la Comisión, que á vueltas de algunos distingos y advertencias la aceptaba y vimos al señor ministro de Hacienda, conde de Bugallal, levantarse y hacerla suya con noble entereza. Después de esto un discurso en contra del Sr. Chapaprieta, quien demostró que tenía un poco mojados los papeles en cuanto á los antecedentes del asunto y que su principal enojo se dirigía á la Comisión por reconocimientos anteriores. Luego vino el discurso de usted, señor director, y la aceptación de la reforma por la unanimidad de la Cámara.

En el salón durante este debate estaban únicamente al lado del Sr. Cortezo el senador Sr. Fatás, médico, dispuesto á usar de la palabra en pro de sus compañeros, y el senador por la Real Academia de Medicina Sr. Rodríguez Abaytua. Ni en las tribunas ni en los escaños vimos á ningún otro profesional.

No hago comentario alguno y dejo á los lectores de EL SIGLO MÉDICO que juzguen acerca del asunto y de lo que puede esperarse de una clase que así se interesa en el amparo de lo que debiera importarle tanto.

Ahora estarán de oír los mufidores y voceingleros que tienen por único fin inquietar y soliviantar á los que debieran aconsejar discretamente. Si de otro modo procediéramos todos, otro gallo nos cantara y no constituiríamos una excepción ante la consideración pública y de los gobiernos.

Por su parte, le felicita de todo corazón, su afectísimo.

FRANCISCO LOPEZ PRIETO.

Deficiencias de los abastecimientos de agua de las poblaciones españolas. (1)

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.

La cantidad máxima de sales del agua depende de la calidad de dichas sales, siendo muy perjudiciales las excesivas proporciones de sulfato cálcico, sales de magnesia, así como cloruros, nitratos y materias de origen animal.

Estas sobre todo, así como las materias, inconvenientes para la composición del organismo humano, dan al agua carácter de impotables ó de las mineralizadas, las cuales sólo deben usarse para usos especiales y aquéllas cuando actúen para arrastrar impurezas.

Caracteres bacteriológicos: eran poco conocidos antes de los maravillosos descubrimientos de Pasteur, los gérmenes microbianos que juegan en la transmisión de las enfermedades por el agua un papel trascendentalísimo.

En la imposibilidad de mencionar todas las condiciones que debe reunir un agua potable, consignaré en síntesis que ésta, como la mujer de César, no sólo debe ser buena, sino parecerlo.

La cantidad de agua necesaria para un núcleo urbanizado es distinta según la cuantía y condiciones de éste; así, por ejemplo, no se necesita relativamente tanta agua para una pequeña población rurizada con pequeños núcleos de edificación ampliamente diseminados, como en una gran urbe dotada de numerosa y densa población, ávida de mejoras que proporcionen los progresos que requiere una civilización muy adelantada y la salubridad de los habitantes.

Sin embargo, en general, resulta acertada la frase de Tardieu, según el cual la cantidad de agua disponible por habitante de una población es el termómetro más seguro de su salubridad.

Por ello se ha dicho acertadamente que toda gran población necesita un río de caudal determinado por su importancia; y respecto de cualquier abastecimiento, es cierto también el aforismo de que debe haber agua en exceso para que la misma se use con la abundancia requerida.

Estudiando Durand Claye la influencia de la cantidad y calidad de las aguas en el desarrollo de la fiebre tifoidea en París, observó que las zonas servidas por una distribución pública más abundante fueron las menos atacadas por la epidemia, y, en cambio, se vieron castigados con mayor mortalidad los barrios en que el abastecimiento público era más deficiente.

(1) Véase el número anterior.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ MAJOR L., y Estafío coloidal.
LABORATORIO GÁMIR, San Fernando, 34.—Valencia

Por las razones expresadas, en las grandes aglomeraciones urbanas se exige por los higienistas una dotación de agua cada vez mayor. En los estudios que publiqué en 1884, acerca del saneamiento de Barcelona, propuse la cifra de 300 litros diarios por persona como dotación aceptable para la misma, caudal del que, por desgracia, jamás ha disfrutado dicha ciudad.

Sólo con una cifra análoga podrá distribuirse en las viviendas el agua necesaria para los usos domésticos, así como dotarse los servicios generales, comprendiendo en éstos los baños públicos gratuitos para los

pobres y para los niños, á los cuales ha de inculcarse el amor al aseo y á la higiene que facilitan el desarrollo de su organismo y la conservación de su salud.

Consignaremos ahora un interesante cuadro debido al ingeniero Sr. Ricart (publicado en la página 15 de la *Memoria* relativa al abastecimiento de agua, en relación con el saneamiento de las urbes), demostrativo de la reducción de la mortalidad tífica y mortalidad general, por causa de mejoras en el abastecimiento de aguas:

POBLACIONES	Cambio de abastecimientos en vez del agua de pozos del río sin depurar.	Fecha del cambio.	Mortalidad tífica por 1.000 habitantes, media de cinco años.		Mortalidad media general por 100 habitantes, media de cinco años.	
			Antes.	Después.	Antes.	Después.
Viena.....	Aguas de manantial.....	1873	1,05	0,52	39,4	30,6
Zurich.....	Filtraciones agua del lago.....	1885	0,76	0,10	»	»
Hamburgo.....	Filtración agua del Elba.....	1893	0,47	0,07	24,0	17,7
Nancy.....	Galerías filtrantes.....	1882	1,06	0,72	25,8	23,6
Angulema.....	Manantial.....	1889	1,83	0,37	22,7	21,6
Rennes.....	Drenajes.....	1883	1,24	0,43	25,3	34,0
Troyes.....	Manantial.....	1898	0,71	0,48	35,9	32,2
Laurence.....	Filtración.....	1893	1,21	0,26	24,4	20,0
Albany.....	Idem.....	1899	1,04	0,28	22,3	18,4
Lowel.....	Manantial.....	1896	0,97	0,21	25,1	20,5
Newart.....	Agua de montaña.....	1892	0,70	0,16	25,1	22,1
Jersey-City.....	Idem de id.....	1896	0,77	0,24	25,4	19,3

(Se continuará).

LA HISTORIA DE LA MEDICINA EN EUROPA

Conferencia del Dr. Albiñana.

De regreso del extranjero, donde ha permanecido varios meses pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios para realizar investigaciones de Historia de la Medicina, ha dado una interesante conferencia en el Ateneo el profesor de San Carlos, D. José María Albiñana Sanz, desarrollando el tema siguiente: «Estado actual de los estudios médico-históricos en Europa».

Después de lamentar el abandono que en España padece esta enseñanza, el orador señala el momento actual como de pleno renacimiento de estos estudios, según lo demuestra la vitalidad de la Sociedad Francesa de Historia de la Medicina, que cuenta más de 500 miembros, de todo el mundo; la misma entidad, constituida en Italia; los cursos de Medicina histórica establecidos en Bruselas por el Dr. Cabanés; la formación de un Museo Médico histórico en París, aparte del de Lyon, la análoga institución, creada en Roma con elementos importantísimos de Pompeya y Salerno; los trabajos alemanes referentes á la Medicina en la pintura clásica; el interés que ha despertado la obra del Dr. Neuburger, profesor de Historia de la Medicina en la Universidad de Viena; la creciente asistencia á esta cátedra en la Universidad de Moscon, á pesar de los trastornos revolucionarios rusos, y la cooperación americana á estos estudios, como la excelente labor del Dr. Valdiván, de Lima, tan interesante para el conocimiento de la Medicina en la época precolombiana.

Es tan abundante el material de estudio médico histórico en Europa, que el conferenciante ha podido reunir en su ex-

cursión científica numerosos datos completamente desconocidos en la bibliografía médica española.

Abogó por la creación de un Museo de Historia de la Medicina en Madrid, anexo á la cátedra del mismo nombre, para la enseñanza práctica de dicha disciplina, ya que los museos son los laboratorios para las demostraciones históricas.

Como síntesis de este gran resurgimiento médico-histórico, anunció la organización de un Congreso internacional de Historia de la Medicina, que se celebrará en Amberes el próximo Agosto, y al cual no puede dejar de asistir España, cuyo patrimonio espiritual hay que defender en todo momento, y mucho más en una solemnidad como la anunciada, á la que concurrirán hombres eminentes de todos los países para realizar una revisión histórica de la Medicina Universal.

El orador, prolijamente documentado y revelando una gran erudición, fué muy aplaudido y felicitado por la ilustrada concurrencia.

NECROLOGIA

El Dr. A. J. Chalmers.

No hace muchos años recorrió algunas comarcas de España, en unión del Dr. Sambon, este hombre jovial, sereno, entusiasta y recatado al propio tiempo, como suele serlo el «gentleman», que se llamó en vida Alberto J. Chalmers.

Llega ahora de imprevisto la noticia de su muerte. Ligados á Chalmers por lazos de buena amistad, presente á nuestro espíritu la excelente labor de investigación llevada á

CARBOLAN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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

cabo por este patólogo todavía joven, queremos que nuestro pesar sea público y compartido por cuantos aprecien los nobles esfuerzos de los hombres de ciencia.

El Dr. A. J. Chalmers ha muerto en Calcuta, habiéndose recibido la noticia en Londres, sin conocimiento previo de que estuviera enfermo. Regresaba actualmente del Sudán, donde durante muchos años trabajó asiduamente como director de los Laboratorios Wellcome para investigaciones tropicales en Khartoum. Acababa de abandonar este cargo, en el que sucedió al Dr. Andrew Balfour, continuando y manteniendo el alto tipo de la obra legada por su predecesor. Hace pocas semanas escribía Chalmers á uno de sus amigos manifestándole su plan de estudio para los doce meses á partir de Marzo de 1920, año que consideraba de vacaciones, pues para los del temperamento de Chalmers las vacaciones se emplean en dedicarse exclusivamente á las cuestiones que más les seducen, beneficiándose en este caso la Medicina Tropical; su placer estaba en el trabajo, y el estudio de la enfermedad había llegado á ser una pasión para él. Las únicas noticias telegráficas que conocemos anuncian brevemente que su enfermedad fué repentina y que ha muerto de una hepatitis infecciosa aguda.

Nació en 1870, y al cumplir los cincuenta años, en el apogeo de sus conocimientos, entusiasmo y reputación, ha fallecido; nació en Manchester y fué educado en la Manchester Grammar School y subsiguientemente en las University Colleges, de Liverpool y Londres. Graduóse en Medicina con diploma en la Victoria University, de Manchester, en 1893; llegó á ser un F. R. C. S. Eug. en 1895, y más tarde le fué otorgado el M. D. Liverpool en 1905, tomando el D. P. H. Cambridge en el mismo año. Se incorporó al Servicio Colonial Civil, y mientras prestó sus servicios en 1900 en la costa occidental de África con la Ashanti Field Force; por lo cual fué mencionado en los partes-despachos y le otorgaron la medalla (clasp). En Ceilán se incorporó al Cuerpo Médico Voluntario, en el cual alcanzó la jerarquía de mayor, y volvió á Londres en 1911 con el contingente de la Coronación de Ceilán.

En Ceilán trabó conocimiento con Aldo Castellani, y de esta feliz reunión nació una íntima colaboración en el trabajo y en el modo de pensar, que nos dió el almacén de conocimientos que constituye el *Manual of Tropical Medicine*. Esta reunión de hombres, cada uno de ellos dotado de gran genio en los variados campos de la investigación, en la práctica de la medicina y en las faenas literarias y científicas, originó los más felices resultados; se profesaban mutuamente un afecto fraternal, sin que jamás tuvieran entre sí el más pequeño disgusto.

En Ceilán ocupó Chalmers el puesto oficial de catedrático (Lecturer) de Patología y Parasitología animal en el Medical College de Colombo, contribuyendo grandemente á mejorar la posición del College en el que enseñaba.

Para suceder á Balfour como director de los Laboratorios Wellcome, de Khartoum, fué elegido Chalmers entre los hombres dignos de ocupar este puesto, honrándole á su vez Chalmers de la manera más noble y más brillante. El espíritu del gran Gordon parecía rondar alrededor del Colegio de Khartoum, que lleva su nombre, y generar en los hombres el sacrificio de sí mismo, la devoción y las cualidades de nobleza que han hecho inmortal el nombre de Gordon.

La obra de Chalmers en el Sudán ha sido de las más elevadas; original, importante y convincente por completo cons-

tituye un recuerdo maravilloso por su alcance y su calidad. Abrigaba muchos proyectos para lo futuro, todos de gran interés y dirigidos al beneficio del género humano. Sus muchos trabajos publicados en unión de los asistentes á sus laboratorios, demuestra cómo los ayudaba y estimulaba, así como su altruismo desinteresado.

G. PITTALUGA.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 30 DE MARZO DE 1920

Continúa la discusión del tema «Necesidad de amparar económicamente á la mujer como medio de combatir la prostitución». Hicieron uso de la palabra los Sres. Bascuñana Juarros y Mañueco. El primero se declaró higienista convencido excitando á todos á buscar los remedios que impidan la depauperación de la raza. No cree que la protección económica directa resuelva el problema de la prostitución y aplaude el feminismo en cuanto intenta la regeneración económica y jurídica de la mujer, pero entiende que el trabajo fundamental para ella es preocuparse de la maternidad.

El Dr. Juarros insiste en sus puntos de vista ya expuestos en sesiones anteriores y principalmente en considerar la seducción como causa principal de la prostitución, viendo los únicos medios de combatirla y evitarla en las leyes de investigación de la paternidad y del delito sanitario y en la abolición de la reglamentación y de las mancebías.

El Dr. Mañueco dice que casi todos los países son abolicionistas; que en Francia Clemenceau iba á decretar la abolición cuando estalló la guerra y que el Sr. Lecierva suprimió aquí, en España, la reglamentación para evitar la explotación de las mujeres y la corrupción de la policía, pensándose de nuevo en reglamentarla y en que produzca ingresos, por lo cual la Sociedad Española de Higiene debe hacerse escuchar dando su opinión contraria á la reglamentación.

Terminó manifestando que la seducción es solo un momento, un episodio que la mayoría de las veces no conduce á la prostitución y no conduciría casi nunca si la mujer tuviera amparo económico.

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

Curso de 1919 á 1920.

PREMIO DEL DOCTOR CAMIRUAGA

Encargada esta Academia de conceder un premio, del legado que con el mismo objeto otorgó el académico difunto D. José Angel de Camiruaga á la mejor Memoria sobre un punto científico designado de antemano, queda abierto desde esta fecha un Concurso acerca del tema «Estudios sobre la toxicidad de los compuestos arseni-fosforados» sobre las siguientes bases:

1.º Se concederán dos premios: el primero consistente en la cantidad de 250 pesetas y título de socio correspondiente (si el autor no reside en Bilbao) al autor de la mejor Memoria que, á juicio de un Jurado nombrado al efecto, lo merezca, y que versará sobre el tema ya anunciado y el segundo otro que consistirá en un accésit y diploma de carácter honorífico a la Memoria que siga en mérito á la anterior. La Academia se reserva el derecho de conceder el premio, si la Memoria carece de suficiente mérito á su juicio.

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

2.º La Memoria ó trabajos recompensados con el premio pasarán á ser propiedad de la Academia, que los podrá imprimir en tirada aparte sin otra obligación que la de poner á la disposición de sus autores 15 ejemplares para el primero y 5 para el del accésit. Pero si por la situación económica de la Academia no pudiera hacer edición especial de los trabajos premiados, se limitará á publicarlos sucesivamente en el periódico *Gaceta Médica del Norte* en lugar preferente, entregando á cada uno de los autores el número de ejemplares antes indicado.

3.º Los trabajos no premiados serán sellados hoja por hoja, quedarán de propiedad de sus autores, y si no se recogen en un plazo de treinta días serán quemados con el sobre que contenga el nombre del autor.

4.º Una vez publicados los trabajos premiados, quedarán de propiedad de la Academia.

5.º Podrán optar al premio todos los médicos de España que se hallen en posesión del título correspondiente. Quedan exceptuados los individuos que formen parte del Jurado calificador.

6.º El dictamen del jurado calificador es inapelable.

7.º La cantidad designada como premio se pagará á los treinta días de haberse dictaminado el fallo, sin que se requiera otro justificante que un certificado del título, acompañado de un sobre con el lema, conteniendo en su interior el nombre y apellido de su autor.

8.º El plazo de admisión de trabajos termina el 1.º de Octubre de 1920.

9.º El premio y el accésit se adjudicarán en la primera sesión académica ordinaria del próximo mes de Diciembre.

10.º Los trabajos deben presentarse en papel blanco, tamaño 8.º, forma apaisada, escritos en castellano, á máquina, ó si son manuscritos, con letra clara, y sin que contengan más signos ó notas que las relacionadas con el tema. Los que traigan alguna indicación por la que pueda descubrirse el nombre de su autor, serán rechazados.

11.º Los trabajos deberán ser encabezados con un lema elegido por el autor, incluidos, sin firma, en sobre blanco, de tamaño corriente, en que se consigne el mismo lema y acompañados de otro sobre opaco y cerrado conteniendo en su interior el nombre y apellido del autor, su residencia y el lema.

12.º Dichos trabajos serán dirigidos al secretario general de la Academia D. Carlos Mendaza, á su domicilio, Correo 6, 3.º, Bilbao; ó á la Academia, en sobre con franqueo certificado los de provincia, por correo interior y certificado, los de la localidad.

Bilbao, 1.º de Marzo de 1920.—El secretario general, *Carlos Mendaza*.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REAL ORDEN CIRCULAR

Excmo. Sr.: Una vez más es preciso insistir acerca del fin humanitario que persiguen los Sanatorios Marítimos Nacionales de Oza (Coruña) y Pedrosa (Santander), y de los medios convenientes para que se realice el objeto con que fueron creados.

En estos Sanatorios este año, como los anteriores, y merced á no haber cambiado las circunstancias que lo exigieron, las cuotas serán de 2,50 pesetas por plaza y día para los niños de estancia temporal, y de 3 pesetas también por plaza y día para los de estancia indefinida ú hospitalizados.

Y con objeto de que en ningún caso se desnaturalicen los fines á que obedeció la creación de estos Sanatorios, la Inspección general de Sanidad tiene el honor de proponer á V. E. se digne aprobar las reglas siguientes:

1.ª Serán de cuenta de las Corporaciones, particulares, etcétera, todos los gastos de viaje y manutención de los niños, á razón de 2,50 pesetas por plaza y día para los de estancia temporal, y de 3 pesetas para los de estancia indefinida ú hospitalizados, así como su vestuario personal, y de cargo del Estado aquellos otros de personal médico, pedagógico, administrativo y de servicio, como también lo son los de conservación de edificios, material de enseñanza, ropas de cama y de aseo, y servicio de cocina y comedor.

2.ª Aconsejando la experiencia abreviar trámites en lo que respecta á la organización de expediciones á los Sanatorios Marítimos Nacionales, las entidades, Corporaciones, particulares, etcétera, que deseen llevar á los niños, solicitarán el ingreso hasta el 15 de Mayo próximo directamente de los Directores de estos Establecimientos, entendiéndose con aquéllos para todo lo relacionado con la fecha de ingreso, abono de estancias, etc., poniendo dichos Directores en conocimiento de la Inspección general de Sanidad todo lo resuelto concerniente á este particular; y

3.ª Quedan en vigor todas las demás reglas establecidas por la Real orden de 26 de Marzo de 1917, en lo que no se oponga á las de esta disposición.

Y conformándose S. M. el Rey (que Dios guarde) con el preinserto informe de la Inspección general de Sanidad, se ha servido resolver como en la misma se propone.

De Real orden lo comunico á V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 22 de Abril de 1920.—P. A. Wais.—Señores gobernadores civiles de todas las provincias. (*Gaceta* de 24 de Abril)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,0; íd. mínima, 701,1; temperatura máxima, 23,6; íd. mínima, 8,4; vientos dominantes, O. NO. SO.

Siguen siendo numerosos los casos observados de reumatismos agudos articulares y musculares, así como los de exacerbaciones de las formas crónicas y de las neuralgias periféricas de la misma índole. Los casos graves de gripe con localización en el aparato respiratorio son menos frecuentes, así como los de tifoidea.

En los niños aumenta la coqueluche y sigue en las mismas proporciones el sarampión.

Crónicas.

La fiebre amarilla en el Ecuador.—Un parte procedente de Guayaquil da cuenta de que, no obstante las medidas sanitarias y los trabajos de saneamiento general realizados en aquella ciudad, han vuelto a presentarse casos de fiebre amarilla, en términos alarmantes.

Nuevo Consejero de Sanidad.—En la *Gaceta* del día 21 del pasado Abril se publicó una Real orden en virtud de la cual, á propuesta del ministro de la Gobernación se nombraba Consejero del Real Consejo de Sanidad á D. Emilio

PEÑACASTILLO

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso.

Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo á la vez que higiénica.—Director: Dr. MORALES.—Santander

Pérez Noguera, coronel director del Instituto de Higiene militar.

Las condiciones personales del Sr. Noguera le hacían acreedor del puesto para el que se le ha designado.

Nuestra enhorabuena.

La mortalidad en Alemania, Austria y Hungría.—Un radiograma de Nauen comunica que la revista científica alemana *Deutsche Medizinische Wochenschrift* publica cifras verdaderamente aterradoras sobre las consecuencias que originó y sigue originando entre el vecindario de los países centrales la deficiente alimentación.

Del 14 al 20 de Marzo, el número de defunciones fué superior al de nacimientos en numerosas ciudades alemanas. En la mayor parte de las localidades el exceso de nacimientos es muy insignificante. En Berlín, por ejemplo, 661 defunciones correspondieron á 702 nacimientos; en Francfort-am-Main, 160 á 165; en Hannover, 166 á 174, respectivamente. En Viena, 1.054 defunciones correspondieron á 417 nacimientos; en Budapest, 915 á 577, y en Praga, 267 á 194.

Fallo de un concurso.—En el Instituto de Ingenieros civiles se han reunido con la Junta directiva del mismo, los Sres. D. Angel Fernández Caro, D. Ramón de Agunaga y D. Antonio Sonier, que formaban el Jurado calificador de los trabajos presentados á opción del premio García Faria, instituido para recompensar á los que aportaron las ideas más adecuadas para reducir la mortalidad de España y lograr su higienización, estando también presente el donante, Sr. García Faria.

Según el dictamen del Jurado, en atención á las circunstancias especiales de los dos mejores trabajos, se acordó dividir el premio en dos iguales, que fueron adjudicados á las Memorias presentadas con el lema «Salus populi suprema lex» (con cruz roja), cuyo autor resultó ser D. Francisco G. de Membrillera, ingeniero de Caminos, y al señalado con el lema «Gloria del siglo es haber aumentado la vida y haber disminuído la mortalidad» (W. Rosseau), del cual es autor el médico D. Luis Muñoz Antufiño.

Se concedieron asimismo dos menciones honoríficas á los trabajos cuyos lemas son «La salud del pueblo es la suprema ley» y «Fac et espera», que resultaron pertenecer, respectivamente, á los médicos D. Víctor Ruiz Albéniz y don Calixto Milla Bassallos.

Las enfermedades infecciosas.—La Inspección provincial de Sanidad ha publicado una circular, en la que recomienda que para evitar las deficiencias del sistema de denuncias de enfermedades infecciosas, para aislar los focos primitivos, los encargados de hacerlas darán el parte directamente á la Inspección provincial de Sanidad de este Gobierno civil, en la forma que estime pertinente y utilizando, si es preciso, las postales sanitarias que en estos casos se emplean, libres de franqueo, de las que se entregarán ejemplares en el Gobierno civil á quienquiera que sea que las solicite.

El gobernador civil, que firma la circular, anuncia que impondrá con todo rigor los correctivos que procedan en cada caso cuando se falte á lo preceptuado.

La Semana francesa en Madrid.—Proyecto de programa para la Semana francesa organizada para los días 16 al 22 de Mayo de 1920:

Día 15.—Llegada de los delegados franceses á las nueve de la noche.

Día 16.—Sesión de inauguración de la Semana francesa en el local de la Academia Española de la Lengua. Discurso del señor duque de Alba, del presidente de la Delegación francesa, y de D. Antonio Maura. Lectura del programa de la Semana por el secretario del Comité franco español. Hora, á las once de la mañana.

Por la tarde: libre, para aquellos que quieran ir á los toros.

Día 17.—De diez á una, primera sesión de la Semana francesa.

Por la tarde, á las cuatro, inauguración, en el Palacio de Bibliotecas y Museos, de la Exposición de medallas, que coincidirá con la Exposición de flores y abanicos.

Día 18.—De diez á una, segunda sesión de la Semana francesa.

A las tres de la tarde, inauguración de las salas francesas en el Museo del Prado.

Día 19.—De diez á una, tercera sesión de la Semana francesa.

Por la tarde, á las cinco, recepción en el ministerio de Estado ó en el Ayuntamiento.

Día 20.—De diez á una, última sesión de la Semana francesa.

Por la tarde, á las cinco, recepción en el Ayuntamiento ó en el ministerio de Estado.

Día 21.—A las once, colocación de la primera piedra en el terreno en que se va á construir la Casa de Velázquez.

Por la noche, á las nueve, banquete ofrecido por el Comité francoespañol.

Día 22.—Excursión al Escorial ó á Toledo.

Habrà, probablemente, otras fiestas y recepciones, una de Su Majestad el Rey y cuatro conciertos de la Filarmónica que dirige el Sr. Fernández Arbós.

Nuevo subinspector de Sanidad interior.—El martes día 27 de Abril, á las once de la mañana, se reunieron en el despacho del inspector general de Sanidad los doctores Fernández Caro, Pittaluga, Huertas, Murillo y Call, que formaban el Tribunal de concurso para la provisión de la plaza de subinspector general de Sanidad interior.

Después del estudio que había hecho el citado Tribunal de los expedientes de méritos y servicios presentados por los seis concurrentes, se procedió á la votación para hacer la propuesta del que había de ocupar el nuevo cargo.

Fuè designado el Dr. Rodrigo Lavín.

Instituto Rubio.—En la primera y segunda semana de Mayo, y empezando el día 8, sábado, á las nueve y media, dará el doctor 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 quince, 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.

En honor del doctor Salcedo.—En estos últimos días acaba de ser objeto de una merecida distinción nuestro antiguo compañero el doctor Salcedo, que es como entre sus compañeros de EL SIGLO se le conoce, y cuya firma al pie de los artículos sobre reuniones de sociedades científicas habrán visto nuestros lectores en muchas ocasiones.

El Ayuntamiento de Onil (Alicante), ha comunicado á nuestro amigo, que por acuerdo unánime de aquella entidad, se dispuso que una de las principales calles del Municipio llevase el nombre del Doctor Salcedo.

Muy de veras felicitamos al antiguo oficial de la Academia de Medicina y conocido médico por la prueba de reconocimiento que aquel Ayuntamiento le ha sabido dar.

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



Mostelle Raimost
vino sin alcohol

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

SOLUCION BENEDICTO
Glicerofosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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