

# 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.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	F. TELLO Sub-Inspector General de Sanidad
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades de 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: Tratamiento médico eficaz de la obstrucción intestinal, por el Dr. Edmundo Escomel.—Proceso fisiológico de la meditación y el ensueño, por Eugenio Luengo.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Después del homenaje.—Remitido, por Quintín Rúa.—Deficiencias de los abastecimientos de agua de las poblaciones españolas.—Nuestro ejército universitario.—Sociedades científicas: Sociedad Española de Higiene.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Tratamiento médico eficaz de la obstrucción intestinal

POR EL

DR. EDMUNDO ESCOMEL

De Arequipa (Perú).

Cuando en la práctica médica moderna se presenta al clínico un caso de obstrucción intestinal, acude á su mente en seguida la idea de la intervención quirúrgica desde el momento en que el diagnóstico dudoso se confirma.

Esta idea, en razón de los grandes atrevimientos quirúrgicos, alentados por la asepsia, es lógica si se considera que mientras más pronto se intervenga, más seguro será el éxito que se obtenga.

Mas existen casos muy evidentes, en que la intervención quirúrgica no es posible, tanto por no hallarse el enfermo en un centro muy poblado y provisto de todos los elementos quirúrgicos requeridos, como ocurre en la campiña y en numerosas aldeas, cuanto porque las condiciones orgánicas del enfermo no son capaces de resistir con probabilidades de éxito el acto operatorio con sus naturales contingencias.

Hay que convenir en dos cosas: que en la topografía mundial, mayor número de aldeas, estancias, minas, etc., existen donde la cirugía es aleatoria y que la humanidad siempre será humanidad, y que mientras ella pueda evitar el impresionante drama por el que va

á pasar acechada por los efectos de la anestesia, por las inclemencias de la refrigeración operatoria y por es decúbito, por los improbables, pero posibles estragos de la infección, siempre dará preferencia á la terapia médica en identidad de efectos con la acción quirúrgica.

Si bien es cierto que son los casos inoperables los que me han conducido al tratamiento que voy á exponer, es asimismo evidente que no sólo debe aplicarse á éstos, si que también á todos los casos en general, durante aquellos momentos que transcurren entre la duda del diagnóstico y la conducción del paciente á la sala de operaciones. Es más que seguro que un gran porcentaje de enfermos no llegará á la mesa quirúrgica y sanará evitando la operación.

El caso que me sugirió el tratamiento ha sido el siguiente:

*Caso primero.* Una señora de ochenta y cuatro años de edad, bradicárdica (38 pulsaciones por minuto, desde hace varios años con insuficiencia mitral), poseedora de una antigua hernia umbilical irreductible, presenta una mañana dolores internos en la hernia, con vómitos y estreñimiento. Al examen, la hernia había aumentado considerablemente de volumen, estaba tensa, dolorosa, y la reducción parcial que en diversos otros exámenes habíamos obtenido, no llegamos á conseguir.

El taxis metódico y sostenido no redujo la hernia. La idea de operación, apenas mencionada para sal-



var la fórmula científica, pues no era posible llevarla á la práctica, dada su edad y el estado cardíaco, fué rechazada de plano por la familia.

En esta virtud y pensando en los efectos mecánicos lubricantes de la vaselina líquida, inofensiva en los casos de constipación pertinaz, y alentada esta idea por la facilidad con que se vencen las dificultades del embotamiento de los tubos de caucho á las cánulas, pulverizadores y otros objetos, cuando en la práctica diaria se les impregna con vaselina, prescribimos á la enferma una cucharada de vaselina líquida cada media hora, desde las ocho de la mañana. A las dos de la tarde, de un modo espontáneo, sin taxis alguno y sin ningún otro tratamiento, la hernia se redujo, se suprimieron los vómitos, se restableció el curso de las materias fecales, dando cámaras blandas, y la enferma sobrevivió varios años, á pesar de lo avanzado de su edad.

No tardó en presentarse una nueva ocasión para aplicar con éxito el tratamiento.

*Segundo caso.* Señora de setenta y ocho años, sufría desde tiempo atrás de hernia inguinal derecha, que contenía mediante un braguero. Una noche á las once sintió fuertes dolores en la hernia, con gran malestar. A las once de la mañana que se le pudo ver, es decir, doce horas después de la estrangulación, tenía vómitos, dolores intensos intestinales y herniarios, habiendo emitido una pequeña cámara (la substancia intestinal contenida por debajo de la hernia) merced á un lavado.

La hernia estaba turgente, voluminosa, timpánica, dolorosa, con los síntomas claros de la estrangulación.

Se le administró la vaselina líquida á razón de una cucharada cada cuarto de hora. Por la tarde reducción espontánea de la hernia con supresión de dolores y de vómitos, emitiendo abundante cámara blanda.

*Caso tercero.* Señora de setenta y tres años, que posee desde años atrás una considerable hernia umbilical reductible (no tan voluminosa como la del primer caso). Durante la noche, dolores intensos, más acentuados al nivel de la hernia; ésta ha aumentado considerablemente de volumen. La enferma habituada á reducirla para la aplicación de su braguero, no lo puede hacer,

Asistida facultativamente por la mañana, no se puede desinvaginar al intestino por taxis.

Se prescribe una cucharada de vaselina líquida a mismo tiempo que se llama al cirujano para que decida si la intervención es posible. Ante la afirmativa quirúrgica, ésta se deberá efectuar en aquella misma tarde.

A las tres próximamente vamos á ver á nuestra enferma, quien ha ingerido ya una buena dosis de vaselina líquida, y al practicar un nuevo intento de reducción mediante un taxis muy suave, el intestino penetra con gran facilidad en la cavidad abdominal y se restablece su funcionalismo por completo.

La operación se postergó indefinidamente. La enferma lo pasa muy bien después de cuatro años de este suceso.

*Cuarto caso.* Señor de cuarenta y ocho años de edad, venido de uno de los valles, para atender un ataque de paludismo,

En el curso de su tratamiento, un día acusó dolores intensos en el interior del vientre (no poseía hernia alguna) con recrudescencias intermitentes, náuseas y vómitos.

El médico que lo atendía prescribió enemas y posiciones calmantes sin llegar á obtener por los primeros sino la expulsión de exigua materia excrementicia y sin detener con los segundos ni los vómitos ni los dolores.

Ante la sospecha de una obstrucción intestinal, provocó una consulta que se realizó á las treinta horas de iniciada la dolencia.

El enfermo presentaba entonces un vómito frecuente, dolor intenso alrededor de la región umbilical, distensión de la parte superior del abdomen con disnea y fatiga intensa é imposibilidad de expulsión fecal ni gaseosa por la zona terminal del intestino.

Se le prescribió la vaselina líquida á razón de una cucharada cada cuarto de hora y se avisó al cirujano la necesidad de la intervención.

A las cuatro horas de comenzar la administración de la vaselina líquida, es decir, á las treinta y cuatro de la invaginación intestinal intraabdominal, expidió gases, hizo varias cámaras abundantes, cesaron los dolores y los vómitos y todo entró en el más perfecto orden.

Continuó su tratamiento antipalúdico y la operación pasó á definitivo receso.

*Caso quinto.* Señora de treinta y nueve años de edad, fué atacada súbitamente de dolores internos abdominales, con náuseas, vómitos y estreñimiento total, tanto de materias excrementicias como de gases.

El cuadro del enfermo anterior se reprodujo con notable analogía. Después de la consulta se administró la vaselina líquida á las cuarenta y ocho horas, y á las cinco horas, ó sea á las treinta y tres, la obstrucción cedió con todo el cortejo de síntomas, afianzando la mejoría y dejando una vez más en blanco la intervención del cirujano.

Los casos se han multiplicado en un orden parecido hasta llegar á 16, que son los con que cuenta nuestra estadística actual y que nos alienta a escribir estas líneas.

En los otros casos hemos adicionado á nuestro tratamiento procedimientos médicos inocuos ya prescritos, como son la inyección intramuscular de pituitrina y la colocación del enfermo en posición declive, con la cabeza más baja que el vientre, obteniendo esto con solo poner varios ladrillos en los dos pies inferiores del catre.

Esta posición, que no es idea nuestra, tiene por objeto el que las vísceras, en vez de pesar sobre las partes abdominales inferiores haciendo las estrangulaciones más irreductibles, se apoyen sobre el diafragma, traccionando más bien el intestino apresado en la hernia, á la manera de una mano que tirara del paquete intestinal, produciendo un efecto superior al que determina el taxis que actúa por presión.

Esto no se opone á que tres ó cuatro horas después de administrada la vaselina líquida se aproveche de la



posición cervical inclinada del taxis externo suave y de la inyección de pituitrina.

En ninguno de los casos hemos tenido que recurrir al lavado eléctrico.

Con solo la exposición de estos hechos, nos hallamos ampliamente autorizados para insistir en el tratamiento médico inmediato de la obstrucción intestinal.

Sabemos de antemano que vamos á provocar las iras quirúrgicas por el paso que dá la medicina á expensas de la cirugía.

Las mismas iras hemos despertado desde cuando establecimos entre nosotros el tratamiento de Rogers científicamente prolongado para la cura del absceso hepático sin punción ni operación.

Ya son muchos los casos reunidos de cura radical y largo tiempo sostenida del absceso hepático sin intervención quirúrgica alguna.

La cirugía debe convencerse de que es *impuesta* á la humanidad doliente, pero *no es amada ni anhelada por ella* y que ésta ve siempre con regocijo el llegar la salud á su cuerpo quebrantado sin el desgarró del bisturí.

Esto no quiere decir que el tratamiento de la oclusión intestinal por la vaselina líquida haya venido á reemplazar á la terapéutica quirúrgica.

Estamos muy lejos de aquella pretensión, pero sí podemos afirmar que una buena parte de ocluidos que antes no curaban sino por la intervención, hoy se sustraen á ella por la simple acción de la medicina.

El tratamiento por la vaselina líquida debe instituirse en todo obstruido intestinal, desde el momento en que se hace el diagnóstico, desde el instante en que siquiera se hace la creencia dudosa, hasta aquel en que actúa la mano del operador. Este proceder no tiene contraindicación de ningún género, pues si la oclusión no desapareciese por la terapéutica médica, el cirujano encontraría un intestino lubricado y por ende muy apto para las maniobras de desoclusión.

Si en los casos operables está indicada la vaselina-terapia, con mucha mayor razón lo estará en los casos en que el estado del enfermo contraindica el acto operatorio.

Vamos á exponer en seguida con detalle el tratamiento al que hemos añadido otros recursos ya aceptados por la ciencia.

#### Tratamiento.

Tan luego como se diagnostica ó se sospecha una oclusión intestinal y mientras se prepara la intervención quirúrgica, se hará la revulsión sinapizada del estómago y se administrarán trocitos de hielo que se deglutarán íntegros para liquidarse en la misma cavidad gástrica.

Se administrará una cucharada cada cuarto de hora ó cada diez minutos de vaselina líquida muy pura y sin olor (los productos conocidos en las farmacias con los nombres de petrolato líquido, nujol, amerol, blandina, etc., son excelentes para usarse).

Se inyectará intramuscularmente pituitrina en la masa de la fosa ilíaca externa, siguiendo el proceder clásico.

Se sostendrá al enfermo en posición inclinada, con la cabeza más baja que los pies, y para ello bastará con colocar maderos ó ladrillos por debajo de los dos pies posteriores del catre.

A las cuatro ó cinco horas de este tratamiento, y teniendo al enfermo en la posición declive, se practica un taxis suave, que es el que generalmente reduce el intestino en el caso de estrangulación herniaria; si á los quince minutos de este taxis la hernia no se ha reducido, ó sin taxis, si la oclusión interna no ha desaparecido se procede á operar, hallando casi siempre el cirujano, no oclusiones simples por torsión ó invaginamiento, sino cierres orgánicos por bridas inflamatorias ó por procesos neoplásicos, en cuyos casos, demás está decir que el tratamiento médico resulta ineficaz.

#### Conclusiones.

1.<sup>a</sup> La oclusión intestinal, particularmente si es producida por estrangulación herniaria, por invaginación ó por vólvulo, debe ser siempre tratada médicamente antes de recurrirse á la intervención quirúrgica,

2.<sup>a</sup> La vaselina líquida, administrada por la boca. *larga manu*, desobstruye en muchos casos el intestino ocluido.

3.<sup>a</sup> El tratamiento es inofensivo porque constituye sólo un lubricante que favorece el deslice de superficies sin ocasionar trastornos.

4.<sup>a</sup> En el caso de no desobstruir, favorece la maniobra operatoria de reducción.

5.<sup>a</sup> Se le puede coadyuvar con la pituitrina, con el taxis moderado y la posición inclinada del paciente.

6.<sup>a</sup> Debe iniciarse el tratamiento tan luego como se diagnostique ó siquiera se sospeche una oclusión intestinal preparando la intervención.

7.<sup>a</sup> Si á las cinco horas de iniciado el tratamiento el intestino no está libre, entonces la oclusión cae bajo el dominio quirúrgico.

8.<sup>a</sup> Los repetidos éxitos obtenidos alientan en esta práctica, habiéndose evitado con ella un porcentaje muy apreciable de intervenciones quirúrgicas.

#### DE FISIOLÓGIA PSÍQUICA

### PROCESO FISIOLÓGICO DE LA MEDITACIÓN Y EL ENSEÑO

POR

EUGENIO LUENGO

Todo fenómeno orgánico es dirigido por elementos nerviosos encadenados en forma de un *arco* más ó menos complicado, constituyendo un *acto*, que ya sea reflejo (inconsciente), automático (subconsciente) ó deliberado (consciente), consta siempre de un trayecto centripeto originado en una sensación, en un recuerdo evocado por un estímulo cualquiera, y un trayecto centrifugo que termina en un movimiento de diversa índole; locomotor, visceral, vaso-motor (emoción), mímico, fonético, gráfico, etc., encaminado más ó menos directamente á procurar al individuo la satisfacción de



una necesidad, el logro de una ventaja, la garantía de una defensa activa ó pasiva, etc., etc.

La mayor ó menor facilidad en la realización del acto, y el éxito ó el fracaso subsiguiente, determinan el tono sentimental inseparable, de placer ó disgusto.

El hábito y la repetición permiten cierta *representación previa* de los fenómenos, y de ella derivan sentimientos más complicados, de seguridad ó confianza, de duda ó desconfianza, de esperanza, temor, etc., para lo porvenir.

El surco ó huella constitutiva de una reminiscencia, permite que la repetición fortuita de alguna circunstancia, haga resurgir la *representación preterita* del hecho, ó sea el recuerdo, con los sentimientos diversos, anejos á él.

Los recuerdos suscitan á menudo la realización de actos unas veces deliberados, otras subconscientes.

Lo mismo y con más frecuencia, sucede con las representaciones de lo porvenir.

Todas estas representaciones de cosas (imágenes) pasadas ó futuras, sin existencia ó presencia real, constituyen la *imaginación*, función encaminada á ampliar el campo de la asociación de ideas, enriqueciéndolo de un modo infinito, para facilitar la reconstitución y coordinación de los actos deliberados.

La perversión de imágenes constituyendo falsas hipótesis, convierte la imaginación (normal) en fantasía (morbosa).

Un estímulo mecánico, físico, químico, etc., determina una sensación ó un complejo de sensaciones, visuales, acústicas, etc., que son en último extremo movimientos moleculares neurolasmáticos con desarrollo de energías físico químicas que á su vez sirven de estímulo á otros protoplasmas, los cuales responden con una contracción, con una secreción ó con un desprendimiento de una forma X de energía físico-química.

Este esquema se complica por la interposición de varios elementos neuronales, que significa la existencia de numerosas transformaciones, derivaciones y series de las descargas de energía, desde el estímulo inicial hasta el fenómeno final.

Se complica más, y se prolonga más mientras mayor precisión y más suma de factores hacen falta; mientras más *difícil* es el acto á realizar.

Puede consistir la dificultad en su *novedad*; la repetición, el hábito, tienden á convertir lo difícil en fácil, en subconsciente, y finalmente en inconsciente, casi en reflejo.

Esto ocurre en todos los aprendizajes, en todos los habituamientos; es una ley de adaptación, una ley de defensa vital, porque tiende á economizar esfuerzo, á facilitar la vida.

El estímulo es una pregunta y el acto es una respuesta.

A pregunta sencilla y familiar, respuesta fácil y repentina (reflejo). Pero si la pregunta es un problema, la respuesta exige una serie laboriosa y complicada de operaciones mentales, de *análisis*, *comparaciones*, *razones*, *síntesis*, y viene la discusión, la deliberación, en la que entran en juego muchos factores (representaciones

asociadas) y se escoge la mejor, la *única posible*, de todas las hipotéticas soluciones. Es una red de caminos que hay que estudiar antes de tomar el necesario.

El repetidor, el habituado, llega á tomarlo sin necesidad de deliberación, y aprende á hallarlo y recorrerlo á ciegas: el acto deliberado, consciente y difícil, se ha vuelto automático. El problema se ha convertido en pregunta sencilla.

Pero hay cuestiones que son más que problemas, enigmas, y redes de caminos sin salida visible, verdaderos laberintos. Acaso lo imposible no existe y si tan sólo lo más ó menos difícil, dentro del relativismo que preside á todas las cosas.

Volviendo á nuestro asunto, decía que hay estímulos, hay combinaciones ó juegos de representaciones asociadas á imágenes y recuerdos que constituyen verdaderos problemas, cuya resolución necesita que sean aportadas nuevas imágenes y que se verifiquen, en virtud de la asociación, operaciones mentales muy conscientes y muy complicadas y precisas.

El acto se hace, más que consciente, fatigoso, y lejos de ser repentino, se retrasa considerablemente. A veces no se halla la solución, ó la duda entre varias (por su igual magnitud en la tendencia), crea un falso equilibrio que se traduce en la indecisión, en la inacción. Y el estímulo queda sin respuesta, y el arco sin terminación.

El camino se ha perdido en un laberinto, ó la senda se ha esfumado en el terreno. Y el consciente *medita*, se pierde en la duda, en la indecisión; á veces se obstina en la obsesión (forjada por la fantasía), y si no cae en ella, camina de unas veredas en otras, hasta que un nuevo estímulo, ora coadyuvante, ora del todo ajeño al trabajo anterior, lo orienta en otro sentido.

Porque lo cierto es que la imaginación nunca descansa; cuando no meditamos un asunto serio, ó cavilamos alrededor de una idea fija que nos atormenta, pensamos en cosas triviales, recordamos escenas pasadas, repasamos mentalmente canciones, músicas diversas, evocamos imágenes de seres y objetos conocidos ó forjamos caprichos fantásticos, aunque serán tonterías sin importancia; ni se la damos, pero lo tomamos como pasatiempo necesario para el psiquismo, que no conoce la ociosidad ni el descanso.

Ni aun en el descanso fisiológico del sueño. Prescindiendo de sus alteraciones más ó menos patológicas, sonambulismo, pesadilla (alucinación hipnótica), el *ensueño* es algo que no falta ni en las más profundas hipnosis fisiológicas, tanto del hombre como de los animales superiores. Lo que sucede muy frecuentemente es que la misma naturaleza, subconsciente de los actos ejecutados, hace que no quede memoria de ellos.

Y si esto pasa aun tratándose de actos complicados (palabras y movimientos coordinados), lógico es que lo mismo acontezca con los fenómenos puramente representativos. Sin embargo, éstos nunca son puros; prescindiendo de otros fenómenos y movimientos, en el sueño fisiológico subsiste el juego mímico de la expresión del rostro, y más intensamente el de los movimientos emocionales.



En efecto, el funcionalismo vasomotor, el ritmo cardíaco y respiratorio, diversas secreciones, las funciones digestivas, y, en general, todas las dirigidas ó influidas por el gran simpático y mediante él por el pneumogástrico, reflejan y á la vez influyen (en toda sinergia, la reciprocidad es de ley) los fenómenos mentales que tienen lugar en la esfera de lo subconsciente ó del ensueño.

¡Cuántas veces presentimos en sueños una enfermedad que no ha de tardar en apoderarse de nuestro ser! ¡Y cuyos pródromos, en un período de incubación inconsciente, se nos revelan así de antemano!

Es curiosísimo é interesante todo esto, y valdría la pena de registrar y dar á conocer todos los hechos aislados de alguna importancia que se observen, para, depurando lo que hubiere en ellos de pueril y fantástico, hacer algunas deducciones con carácter de leyes de esta rama, hasta el presente tan oscura, de la Fisiología.

Centa, 10 de Mayo de 1920.

## Periódicos médicos.

### VIAS URINARIAS

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Cálculos renales silenciosos.**—E. L. Young J., en el *Boston Med. and Surg. Journ.* del 13 de Noviembre de 1919, para dilucidar algunas problemas relacionados con los llamados cálculos silenciosos que dan pocos ó ningún síntoma y que son descubiertos por los rayos X cuando se practica al enfermo un examen por cualquier otra lesión, ó cuando con motivo de un seguro de la vida se encuentran albúmina ó células de pus en la orina, pasa revista á la literatura del tema publicado en estos últimos años y se refiere á las autopsias hechas en el Hospital General de Masachusset, que han sido 4.000 desde el año 1896. Cuando se encuentran piedras, se hace notar el estado macroscópico y microscópico del riñón y se relacionan estos datos con los síntomas clínicos y los datos urinarios.

Ha visto que entre las 4.000 autopsias se encontraron 45 casos con piedras en el riñón ó en el uréter ó en los dos. Entre éstos sólo había un caso con una historia negativa con datos urinarios y con un riñón macroscópica y microscópicamente normal. Cuatro casos sin síntomas y con orina negativa, seis casos sin lesión que pudiese ser demostrada en la autopsia, y 15 casos en los cuales la lesión era demasiado pequeña para comprometer la integridad del riñón. Dos casos de piedras en los cálices, de los cuales se sabía existían éstas por lo menos desde hace seis ó siete años, que habían tenido ataques repetidos de cólicos renales; uno de estos casos era un riñón normal y el otro esencialmente normal. Las piedras en el uréter perjudican el riñón con más seguridad que las piedras en la pelvis ó en los cálices renales, y una piedra pequeña, si se detiene en el uréter, puede hacer tanto daño como una piedra grande. Las piedras en el cáliz pueden hacer tanto daño como las piedras en la pelvis renal. Puede haber pus durante la vida sin que en la autopsia se encuentre evidencia de infección ó de lesión, de tal manera que la presencia de la infección y la del pus son necesarias antes de que existan positivas lesiones renales. La presencia de una piedra de cualquier tamaño en el uréter, en la pelvis ó en el cáliz, puede causar una pequeña alteración

en los tejidos, caracterizada microscópicamente por ligero aumento del tejido intersticial, por ligera arterioesclerosis ó por ligera atrofia de los elementos venosos, pero estas lesiones no son constantes y al parecer son de ligera importancia en cuanto se refiere á la obra del riñón; aparte de esto no hay alteración para el riñón en lo que de la piedra como tal se puede deducir. Pero la gran mayoría de las piedras renales ó uretéricas producen en algún momento ó son causa de que se produzca alguna obstrucción y siempre invitan á la infección y son por ella manantial de peligros para el individuo. En un caso dado sin infección ni otra evidencia de alteración renal, un cálculo puede ser dejado hasta que pase ó hasta que los dolores fuercen á la operación, hasta que haya evidencia de infección y empiece la alteración del riñón ó hasta que la piedra aumente de tamaño para que le pielotomía se haga más difícil. En el caso de cálculos de uréter, si á pesar de las maniobras cistoscópicas deja de progresar, debe ser extirpado después de permanecer estacionario por un tiempo relativamente pequeño, á pesar de la posible falta de síntomas porque el riñón sufrirá ciertamente en gran medida.—P. M.

## PEDIATRIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento de algunos trastornos digestivos y nerviosos de los niños de pecho por las inyecciones subcutáneas de leche, por Dufour.**—Weill ha invocado el principio de la anafilaxia para explicar todo un grupo de trastornos intestinales de los niños. En tales casos, una leche de composición normal, absorbida á dosis fisiológicas, por un sujeto que no padece lesiones gastrointestinales, ni fiebre, ni infección ninguna, provocaría reacciones digestivas y nerviosas que, por *hipersensibilización*, constituyen una verdadera enfermedad más ó menos sistematizada. Los niños se hipersensibilizan á la leche materna, ó á la leche de una nodriza, ó á la de vaca, ó á ambas á la vez en la lactancia mixta. Los signos más claros de la hipersensibilización del niño á la leche están constituidos por los vómitos habituales. Se acompañan éstos de un estado de sobreexcitación nerviosa (agitación, grietas, insomnio), y á veces de estreñimiento. Los vómitos se producen durante la tetada, inmediatamente después ó un rato más tarde, ya todas las veces que se le da de mamar ó ya sólo algunas de ellas. La crisis cede desde que el vómito se efectúa, como si la leche obrase sobre la mucosa gástrica á la manera de un veneno corrosivo. Si se reemplaza la leche por té, por otro líquido cualquiera, ó por una leche diferente, los vómitos no se producen. Se puede observar una sedación momentánea por el uso de leches modificadas industrialmente.

En tales casos, según el método de Weill, hay que procurar la *desensibilización* del organismo por la vacunación láctea subcutánea.

Si se trata de intolerancia á la leche humana, se ordeña asépticamente la leche de la madre ó de la nodriza, y se inyecta después de hervida; si se trata de la de vaca, se inyecta la de una vaca cualquiera, después de hervida un cuarto de hora. La inyección, que se practica ordinariamente en los costados, produce edema, enrojecimiento y fiebre de 39°; cuanto más viva es la reacción, los resultados son más duraderos. De la leche de mujer se inyectan 2 ó 3 c. c., repitiendo la misma dosis si es necesario á los dos ó tres días; de la vaca se inyecta 1 c. c. el primer día, 2 c. c. á los dos días, y se puede llegar hasta inyectar 5 c. c. En los casos de intolerancia mixta se emplean las mismas dosis dichas de ambas clases de leche, simultánea ó sucesivamente. Los re-



sultados generalmente se manifiestan desde la primera inyección. Cuando el niño se sensibiliza de nuevo (lo que suele ocurrir á los dos ó tres meses), puede volver á emplearse el tratamiento; pero ante el temor de que pueda sobrevenir el shock anafiláctico, se empezará por dosis débiles progresivamente crecientes. (*Gazette des Hôpitaux*, 15 de Abril de 1920).—L. P.

## NEUROLOGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Epilepsia consecutiva á las heridas de guerra y su tratamiento, por Guleke.**—Por el corto tiempo transcurrido no puede aún precisarse el resultado final. Las heridas superficiales producen más frecuentemente la epilepsia que las grandes. Las heridas pequeñas dan origen más frecuentemente que las grandes á bridas cicatriciales, y de aquí su perniciosa influencia sobre el cerebro.

Conducen más fácilmente á la epilepsia las heridas cercanas á los centros motores que las distantes de éstos, y los cuerpos extraños superficiales más que los profundos. El papel de los cuerpos extraños es indirecto, accidental, siendo la causa principal la neoformación cicatricial. La intervención operatoria ha de procurar extirpar, no sólo el tejido cicatricial superficial, sino también el profundo. El tejido adiposo empleado para evitar la brida cicatricial experimenta la degeneración á veces, pero no es lo más general. Es partidario el autor de la intervención en dos tiempos, haciendo la prótesis ósea medio año después de la extirpación de la cicatriz. La intervención está indicada en los casos de estado epiléptico y cuando ya se han presentado varios ataques; cuando sólo ha habido uno se debe esperar; con carácter profiláctico, á causa de la inseguridad de los resultados, la operación no debe hacerse. De los operados por el autor no ha habido ninguna defunción.

Con motivo de este tema, expuesto en la Academia de Cirugía de Berlín, Axhausen refirió un caso de quiste cerebral operado, en el que la degeneración del tejido adiposo transplantado originó fiebre y trastornos meníngeos, que desaparecieron tras la extracción de la grasa; cinco días más tarde se hizo con éxito una nueva implantación adiposa.

Kümmell dijo que hasta en la genuina epilepsia da la intervención buenos resultados, produciendo un 10 por 100 de curaciones. Es partidario de las láminas de plata y de celuloide para evitar las adherencias cicatriciales.

Reich dice que en 17 casos ha comprobado la degeneración del tejido adiposo implantado; juzga preferible prescindir de este, abandonando asimismo el espacio hueco, en espera de la formación de un quiste.

Martin implantó grasa en 6 casos, en todos los cuales se reprodujeron los ataques epilépticos; se comprobó la degeneración adiposa en dos de estos casos, reoperados uno á las nueve semanas, y otro á las catorce.

Lexer ha operado casos en los que van transcurridos dos años y medio sin que se reproduzcan los ataques.

Eiselsberg, en vez de grasa, ha implantado á veces tejido aponeurótico; cree que la predisposición de los pacientes á la epilepsia influye en la aparición de ésta. (*Deutsche Med. Woch.*, 29 de Abril de 1920).—L. P.

## TOXICOLOGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acción del alcohol etílico sobre el organismo, por V. Ducceschi.**—Hasta ahora los conocimientos que poseemos respecto á la acción que el alcohol ejerce sobre los tejidos, son casi exclusivamente de carácter morfológico, ignorando en gran parte las modificaciones histoquímicas. El mecanis-

mo de la narcosis es asimismo otro punto que tratamos de explicar solamente por hipótesis, hipótesis de naturaleza físico-química (combinación con los lipoides, según Meyer y Overton, ó diferencia de tensión superficial en los líquidos celulares, según Traube, en la que los lipoides tomarían bien pequeña parte). Ducceschi ha investigado cuidadosamente la coles-terina, lecitina y grasas neutras en la sangre de animales (perros) á los cuales administraba previamente cantidades determinadas de alcohol por vía gástrica, y sus resultados le permiten afirmar que la administración repetida de dosis eficaces de alcohol produce una hipercolesterinemia sanguínea, hipercolesterinemia que se observa igualmente después de la narcosis. También aumentan notablemente los ácidos grasos de la sangre, siendo menos marcado y no constante el aumento de la lecitina. Por lo que al hombre se refiere, ha comprobado Ducceschi que en los que abusan de las bebidas alcohólicas, se observa en general un aumento de la coles-terina sanguínea, comparados con los individuos que se abstienen de su uso, ó los moderados. El tratamiento con alcohol determina en el perro un aumento constante de la grasa total del hígado, que puede alcanzar el 300 por 100 del valor normal, acompañado del aumento, en menor proporción, de la coles-terina; además, el residuo seco del hígado es mayor en los perros alcoholizados. En las cápsulas suprarrenales de los perros así tratados se nota una constante disminución de la coles-terina, por término medio del 40 por 100, acompañada por un ligero aumento de la grasa total; el residuo seco está algún tanto elevado. En el riñón y en los testículos no se observan en estas condiciones alteraciones características de los lipoides; solamente en dos perros alcoholizados en ayunas se encontraron notablemente aumentadas la grasa total y la coles-terina. El estado de inanición favorece las alteraciones de los índices lipolíticos de los tejidos, producidas por el alcohol.

Los tejidos animales están adaptados á vivir en un ambiente hídrico, en el cual los componentes fijos de la célula, y en primer lugar los lipoides, están en estado casi insoluble. La introducción en la sangre de sustancias que posean capacidad disolvente y otras propiedades físico-químicas fundamentalmente diversas de las del agua, tales como el alcohol, el éter y el cloroformo, perturba necesariamente el equilibrio estático y funcional de los tejidos, alterando en primer lugar las relaciones de solubilidad para la sangre y los elementos celulares. Esta perturbación se revela por los fenómenos inmediatos y pasajeros de la embriaguez y de la narcosis, y si la acción del veneno es intensa y prolongada, por los hechos más lentos de la adiposis, de la lipodolisis (según los casos), de la degeneración, y finalmente, para los tardíos, de la esclerosis. El trabajo termina con una lista del coeficiente tóxico de algunas bebidas alcohólicas. (*Annali d'Igiene*, 1920, núm. 2, pág. 91).—E. Luengo.

## OFTALMOLOGÍA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Un caso de corio-retinitis central recurrente provocado por una serie de factores etiológicos distintos.**—El Dr. C. E. Finlay refiere la siguiente interesante historia clínica:

W. K., de cincuenta y tres años de edad, me consultó por primera vez el 24 de Julio de 1912. Se quejaba de una pérdida de visión que se había desarrollado lentamente en los tres años precedentes, que iba unida á una historia de abuso del tabaco, que en los últimos tiempos había reducido algo. Le encontré sus fondos de ojo normales, la visión en cada ojo era de 20/50, con escotomas centrales para el rojo y para el verde con límites normales de sus campos visua-

les. Le potasio su visio

El e á conse les, que hallé le de 20/70 para e vez, ob

El 6 caída, q abstiner dilataci los bord en la re nos día 6/200. B to éxito alguna 1914, V taba un do no p tremo c

Tom Filadel ingresa donde único d latación los ojo Diagn autoint debido para co cambio lesione

Per relató estado New Y había retinit descul ésta fu mejor de su sus in colon de ne Le hic glame su ag

Ob la pro multip intoxi toxica séptic que o sibili esta ú los tr maba por e por u



les. Le suprimí totalmente el tabaco y le receté ioduro de potasio y esticnina al interior. En Agosto 17 del mismo año su visión había mejorado hasta 20/30.

El enfermo volvió á consultarme el 7 de Enero de 1914 á consecuencia de una reaparición de sus trastornos visuales, que atribuía á un retorno á sus hábitos antiguos. No hallé lesión en sus fondos de ojo. Su visión en cada ojo era de 20/70, no percibía el verde y había un escotoma central para el rojo. Instituí el mismo tratamiento que la primera vez, obteniendo alguna mejoría.

El 6 de Mayo de 1914 volvió á consultarme por otra recaída, que ocurrió esta vez bajo una fiel observancia de la abstinencia para el tabaco. Sus fondos de ojo manifestaban dilatación de las venas retinianas, ligero enturbiamiento de los bordes de la pupila y alguna pérdida de transparencia en la región macular. V. O. D.: 20/70; V. O. I.: 20/200. Algunos días más tarde su visión era de: O. D.: 20/50, O. I.: 6/200. Bajo una estricta aplicación del tratamiento que tanto éxito nos había proporcionado anteriormente se obtuvo alguna mejoría, pero no el grado que antes. En Junio 25 de 1914, V. O. D.: 20/40, V. O. I.: 20/200. El ojo derecho presentaba un escotoma central para el rojo y el verde; el izquierdo no percibía el rojo y el verde solo era percibido en el extremo campo temporal.

Tomé la oportunidad de que el paciente tenía que ir á Filadelfia para enviárselo al Dr. De Schweinitz. Este le hizo ingresar en el Hospital de la Universidad de Pennsylvania, donde se le repasó cuidadosamente todo su organismo; el único defecto que se descubrió fuera de sus ojos fué una dilatación del colon transversal de doble calibre al normal. En los ojos encontró lesiones degenerativas en las máculas. Diagnosticó una corio-retinitis central producida por una autointoxicación por productos de fermentación intestinal debido á retención en el colon. El le puso un tratamiento para combatir éste. Vi al paciente en Abril de 1915 por un cambio de cristales; su visión en cada ojo era de 20/40, las lesiones maculares apenas eran discernibles.

Perdí de vista al paciente hasta Noviembre de 1918. Me relató que sus ojos se habían mantenido en bastante buen estado hasta el otoño de ese mismo año, cuando estando en New York, se le presentaron similares á los anteriores, que había consultado al Dr. Cutler, que diagnosticó una corio-retinitis central y en una radiografía que le mandó hacer descubrió un absceso apical en una de sus piezas dentarias; ésta fué extraída y se formó una vacuna autógena, su visión mejorando en pocos días de 20/60 á 20/70. Pocos días antes de su visita había sufrido una recaída. Le hice radiografiar sus intestinos y descubrí una gran dilatación y caída del colon transversal; sus fondos de ojo presentaban alteraciones degenerativas de la mácula; su agudeza visual: 20/70. Le hice emplear una faja para levantar su colon caído y reglamentar su alimentación. Al cabo de unas dos semanas, su agudeza visual había mejorado hasta 20/50 más.

**Observaciones.**—La característica especial de este caso es la producción sucesiva de la misma lesión ocular por una multiplicidad de causas; en los dos primeros ataques por una intoxicación por el tabaco, en el siguiente por una autointoxicación de origen intestinal, en el cuarto por absorción séptica de un absceso dentario apical, y en el último ataque otra vez por una autointoxicación intestinal. La posibilidad de que todos los ataques fuesen producidos por esta última causa, puede excluirse por la rapidez con que los trastornos visuales respondieron á tratamientos que tomaban este factor en cuenta en los ataques no producidos por esta causa. A mi entender esto solo puede explicarse por una lesión local que afecta las regiones maculares de

nuestro enfermo que haga su nutrición difícil y las predisponga á la acción de ciertos venenos y toxinas, los trastornos á su comienzo, siendo puramente funcionales y transitorios. La arteriosclerosis probablemente se encuentra formando la base de todo el cuadro.

El caso es también interesante en relación con el estudio del factor etiológico en cada uno de los brotes, prestándose, en cada caso, á uno de nuestros conocimientos actuales respecto á ellos y á consideraciones sobre la luz que pueda arrojar sobre algunos puntos en discusión.

En relación con los ataques tabáquicos, encontramos que este caso favorece marcadamente la teoría de que en la ambliopía tabáquica la lesión primitiva se encuentra en las células ganglionares de la mácula. Antes de 1882, la literatura oftalmológica está rica en consideraciones y descripciones del aspecto clínico de esta afección, algunos autores presentan diferentes hipótesis sobre su patogénesis. Después de las primeras investigaciones anatómicas de Samelsohn, que fueron posteriormente confirmadas por Nettleship y por Vessius, la afección fué atribuida á una neuritis retrobulbar del fascículo papilo macular. Fué más tarde minuciosamente estudiada por Uhthoff, el cual pudo seguir este fascículo hasta los ganglios basales. Estas investigaciones parecían concluyentes, pero las últimas investigaciones inclinan á considerar las lesiones en el nervio óptico como secundarias á alteraciones en las células ganglionares de la mácula. Nuestro caso apoya clínicamente esta manera de ver, no siendo motivo de sorpresa el que en los primeros ataques no se notaban alteraciones oftalmoscópicas en la mácula, pues posiblemente no existía entonces una lesión real, los trastornos siendo puramente funcionales pueden haber sido tan pequeños que pasaron desapercibidos; el hecho que aparecieron posteriormente hace probable una de estas dos posibilidades. En casos de ambliopía tóxica por el alcohol ó tabaco con una atrofia pronunciada del cuadrante temporal de la papila (fascículo máculo-papilar) sin alteraciones maculares visibles, es posible quizás admitir que la lesión sea esencialmente una neuritis intersticial, pero en casos como este en que no existía esta atrofia, aun después de haber aparecido las lesiones maculares, esta hipótesis no es sostenible.

La producción de una corio-retinitis central por una autointoxicación intestinal, cae dentro de las investigaciones de De Schweinitz y otros observadores, y en uno de los ataques que él mismo pudo observar, lo atribuyó á este origen después de una exploración minuciosa realizada en el Hospital de la Universidad de Pennsylvania. Los resultados del tratamiento dietético instituido en el primer ataque y de los medios mecánicos empleados para evitar el estancamiento intestinal en el último ataque, apoyan esta manera de considerarlos. No tuve la oportunidad de probar con el paciente el tratamiento recomendado por J. G. Dwever, pero indudablemente lo emplearé si vuelvo á verlo en otro ataque de origen intestinal.

La producción de una lesión focal ocular por absorción óptica de un absceso dentario apical, en el brote tratado por el Dr. Cutler, de New York, es sin duda una posibilidad que tiene en su apoyo los numerosos casos reportados desde que Hunter, Lang, Ulrich y otros llamaron la atención sobre este factor etiológico en afecciones oculares de origen oscuro y por el rápido mejoramiento después de la extracción del diente delincuente. (*Revista de Medicina y Cirugía*, de la Habana, 25-2-1920.)





## FISIOLOGÍA

## EN LENGUA EXTRANJERA

1. Enseñanzas de fisiología cerebral deducidas de las heridas en campaña, por Krause.— Se denominan regiones cerebrales mudas aquellas en que no hay centros, como las frontales. Importa mucho conocer estas regiones, pues deben ser utilizadas para la extracción de cuerpos extraños y para el drenaje. Es admirable la tolerancia de la región frontal del cerebro, que puede ser asiento de las más graves lesiones sin dar apenas síntomas.

También deben ser utilizadas tales regiones para la trepanación descompresiva, que está indicada en la meningitis serosa, en la inflamación aguda del cerebro y en la disminución progresiva de la vista, en la que ya la aconsejaba Hipócrates.

Las heridas de guerra han permitido hacer delicados estudios fisiológicos; es preciso que la herida cerebral sea reciente, pues el edema colateral u otros procesos pueden producir más tarde parálisis y diversos síntomas. Las heridas superficiales originan monoplejías; las profundas, á veces hemiplejías completas. Las parálisis, generalmente, desaparecen más tarde. Lo general es que en el primer período de la lesión se presenten convulsiones, que á veces revisten el tipo de la epilepsia jacksoniana. Forma contraste la tolerancia del cerebro con la sensibilidad de la duramadre. Es también muy sensible el suelo del tercer ventrículo.

Por las heridas de guerra se ha confirmado al de Broca como centro del lenguaje. El centro musical, al contrario que el del lenguaje, tiene su asiento en el lado derecho, de manera que puede ocurrir que un herido se vuelva músico conservando la facultad de cantar. En las heridas de la región occipital sobrevienen trastornos visuales; si la fovea central retiniana no está herida, el paciente conserva un pequeño campo visual. En general, las heridas de guerra han venido á confirmar lo que se admitía acerca de los centros cerebrales. (*Deutsche Med. Woch.*, 29 de Abril de 1920).—L. P.

## GINECOLOGÍA

## EN LENGUA EXTRANJERA

1. El uso del benzoato de bencilo en la dismenorrea.—Litzenberg (*J. Am. M. Ass.*, 1919) dice que de 43 enfermas, 35 (81,3 por 100) vieron desaparecer el dolor con el benzoato de bencilo. En 27 casos (62,7 por 100) el dolor desapareció por completo, y en 8 casos (18,5 por 100) los sufrimientos disminuyeron mucho pero no desaparecieron por completo. En 2 casos (4,6 por 100) el dolor disminuyó algo pero no mucho, y en 6 casos (13,9 por 100) no hubo el menor beneficio.

Quince enfermas curaron por completo después de una sola dosis (dos cucharadas de la emulsion al 20 por 100), 12 después de dos dosis con dos horas de intervalo, una requirió tres dosis, una cuatro dosis y una cinco dosis. Las que no obtuvieron alivio tomaron de dos a seis dosis.

Otros síntomas como dolor de cabeza, dolor de espaldas, etcétera, no fueron aliviados de manera uniforme.

Todavía no se ha precisado la causa de la dismenorrea. Es lógico emplear antiespasmódicos porque á pesar de la etiología dudosa, es indudable el espasmo doloroso de la musculatura del útero. El benzoato de bencilo ejerce una acción antiespasmódica y prácticamente no es tóxico, lo que hace se le prefiera a la atropina.—P. M.

2. Extracto del cuerpo amarillo en los vómitos del embarazo.—En el *Am. J. Obst.* (1919, pág. 183) Quigley dice que ha tratado diez y siete embarazadas con extracto del cuerpo amarillo para combatir sus vómitos, y de ellas doce

se aliviaron de una manera definitiva y cuatro solo de un modo temporal. Las últimas sufrieron recaídas solo porque la cantidad de cuerpo amarillo era insuficiente. Hubo un fracaso completo. La dosis media fué de siete ampollas que contenían 0,2 gramos de cuerpo amarillo.—P. M.

## BIOLOGÍA

## EN LENGUA EXTRANJERA

1. La prueba de la epinefrina de Goetsch y sus aplicaciones clínicas.—Del *Journ American Med. Assoc.* (1.º de Mayo de 1920): La prueba de Goetsch se llama de la reacción de la piel de Goetsch. Ocho gotas de una disolución de epinefrina al 1 por 1.000 se diluyen con igual cantidad de agua esterilizada y se inyectan hipodérmicamente en el brazo. Inmediatamente se forma allí un área blanquecina al rededor del punto de la inyección y en su torno una aréola roja que poco á poco se pierde en el tejido que rodea á esta zona. Alrededor de media hora después, el centro de la zona blanca se hace azulada, grisácea ó de color de espliego, y al final de un período de una hora y media á dos horas, la aréola roja toma el color azulado ó de espliego mientras desaparece en el centro. Esta aréola de espliego permanece durante unas cuatro horas y es la parte más característica de la prueba. Acompañando á la reacción local puede haber un aumento en el número de las pulsaciones con palpitaciones del corazón, exageración del temblor y síntomas nerviosos en general. Se dice de esta prueba que lleva consigo la evidencia del hipertiroidismo.—P. M.

## DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

## EN LENGUA EXTRANJERA

1 El líquido cerebro espinal en la sífilis. (*Del Medical Record* (11 Enero 1919).—Al lado de la reacción de Wassermann en los casos de sífilis, es de absoluta necesidad averiguar si el sistema nervioso central ha sido infectado por los espirochetes y en qué extensión. Cuando las meninges han sido atacadas por el proceso el organismo adopta una actitud más ó menos ofensiva en forma de una linfocitosis más ó menos marcada, y por eso, un medio de gran precisión para averiguarlo reside en el examen del líquido cefalorraquídeo en estado normal; el líquido cefalorraquídeo contiene una ó dos células (células de Nageotte) por milímetro cúbico, de modo que cuando hay más células puede decirse que hay infección y ésta es más pronunciada cuanto mayor sea el número de las células. Así, en algunos casos de parálisis general, de tabes, de meningitis sífilítica secundaria, se ha visto más de cien células blancas por milímetro cúbico. Para obtener la cantidad de líquido cefalorraquídeo necesario (de 2 á 10 c. c.), hay que hacer la punción espinal entre la última lumbar y la primera sacra. Hay que investigar la albúmina y las globulinas y aunque no sea específica, la primera acusa una participación de las meninges mientras un aumento en las globulinas es marcadamente específico.

Para la investigación de la albúmina, se añaden 20 centigramos en peso de ácido nítrico puro á 1 c. c. de líquido cerebro-espinal. El resultado se lee á los cinco minutos y con una práctica ligera se averigua con certeza la cantidad de albúmina. Para más precisión puede acudir á la escala de Bloch. Esta escala se compone de tintura de benzoina en agua glicerina.

El líquido cefalorraquídeo normal contiene 20 centigramos de albúmina por litro, 30 á 50 centigramos representan una ligera reacción de albúmina, de 60 á 80 una reacción fuerte como la que se halla en la tabes y en la parálisis general. Las investigaciones para la albúmina y las globulinas

deben llevarse á cabo de una manera definitiva y cuatro solo de un modo temporal. Las últimas sufrieron recaídas solo porque la cantidad de cuerpo amarillo era insuficiente. Hubo un fracaso completo. La dosis media fué de siete ampollas que contenían 0,2 gramos de cuerpo amarillo.—P. M.

El segundo caso de sífilis, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el tercer caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el cuarto caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el quinto caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el sexto caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el séptimo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el octavo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el noveno caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el décimo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo.

2. Diagnóstico de la sífilis. (22 Octubre 1920).—El diagnóstico de la sífilis puede ser difícil en algunos casos. En el primer caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el segundo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el tercer caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el cuarto caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el quinto caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el sexto caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el séptimo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el octavo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el noveno caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el décimo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo.

3. El diagnóstico de la sífilis. (W. núm. 1920).—El diagnóstico de la sífilis puede ser difícil en algunos casos. En el primer caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el segundo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el tercer caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el cuarto caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el quinto caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el sexto caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el séptimo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el octavo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el noveno caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el décimo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo.

1. Diagnóstico de la sífilis. (1.º de Mayo de 1920).—El diagnóstico de la sífilis puede ser difícil en algunos casos. En el primer caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el segundo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el tercer caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el cuarto caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el quinto caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el sexto caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el séptimo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el octavo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el noveno caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo. En el décimo caso, en el que se observó una reacción de Wassermann positiva, se trató con el líquido cefalorraquídeo. El resultado fue negativo.



deben llevarse á cabo con gran precisión y los dos métodos deben usarse al mismo tiempo. El primero es el de Nonne, que consiste en mezclar partes iguales de líquido cefalorraquídeo y una disolución saturada á 80° C. de sulfato amónico C. P. La presencia de globulina se hace evidente por un mayor ó menor enturbiamiento; es siempre prudente emplear un tubo testigo en el cual una disolución fisiológica salina C. P. ocupa el lugar del líquido cefalorraquídeo.

El segundo método se debe á Noguchi. Se toman de 0,2 á 0,4 c. c. de líquido cefalorraquídeo, y cinco veces su volumen de ácido butírico C. P. (libra de ácido coproico ó acético). Se hierve la mezcla ligeramente y se añade sosa normal en cantidad equi valente á la del líquido. Se hierve de nuevo ligeramente y se deja reposar. Según el caso, el resultado puede leerse á los cinco minutos ó á las dos horas. La riqueza en globulinas es proporcional á los copos del líquido. Es esencial el uso de un tubo testigo. La reacción de Wassermann se practica en el líquido cefalorraquídeo según el procedimiento ordinario, pero no debe calentarse el líquido; es sabido que al lado de la tabes y de la parálisis general ahora hay casi siempre una meningitis sífilítica, secundaria y que la reacción del líquido cefalorraquídeo es influida por el tratamiento energético. Ocorre, aunque con menos frecuencia, que durante el estadio primario antes de la aparición de la roséolas, que las meninges pueden ser invadidas después, de modo que al final del tratamiento después de haber obtenido una reacción negativa de la sangre, debe examinarse el líquido cefalorraquídeo y no debemos contentarnos solo con el Wassermann de la sangre.—P. M.

2. **Diagnóstico de la sífilis por el método de la precipitación de Sachs Georgi.**—En el *Münchener med. W.* (22 Octubre, 1918), Mandelbaum simplifica mucho el diagnóstico de la sífilis por la floculación. Se mezclan tres gotas de suero humano fresco no inactivo, con 1 c. c. de una disolución de NaCl y se inactiva calentando á 56° durante media hora. Después medio centímetro cúbico de extracto coleccionado de corazón de ternera á la dilución de  $\frac{1}{16}$  se pone en la estufa por dos horas y se deja después toda la noche á la temperatura de la habitación. La floculación representa un signo positivo y concuerda con la reacción de Wassermann en 91 por 100 de los casos. Es más sensible y más sencillo que el procedimiento original de Sachs-Georgi, que utilizaban la precipitación de las globulinas bajo la acción favorable de la colesteroína.—P. M.

3. **El cloro contra la sicosis.**—En el *Wiener Med. W.* núm. del 1 de Mayo, 1920, el Dr. Hugo Bayer refiere el caso de un enfermo con sicosis al cual aplicó la fórmula de Binz contra los sabalones buscando el efecto desinfectante del cloro. He aquí la fórmula:

Clorato cálcico.....	20
Ungüento de parafina.....	20

Mézclase íntimamente y consérvase en frasco opaco. Hágase pomada; recomendó al enfermo que se frotase con esa pomada cinco minutos cada día sobre el sitio enfermo y ponerse después un leucoemplasto, repitiendo todos los días las mismas maniobras. Con gran asombro de todos los médicos, á los pocos días el enfermo estaba curado.

Cree poder hacer la recomendación de esa medicina por cuanto hace algunos años curó á la madre de un colega de una erisipela de la piel de la cara en muy pocos días con dicha pomada, cuando llevaba mucho tiempo de empleo inútil de ungüento de plata coloide.—P. M.

#### MEDICINA INTERNA EN LENGUA EXTRANJERA

##### 1. Diabetes por sífilis del páncreas, por P. Carnot y

P. Harwier.—A pesar de la tendencia cada vez mayor de relacionar diversas glándulas endocrinas á la patogenia de la diabetes, las alteraciones del páncreas quedan, sin embargo, entre las lesiones preponderantes diabéticas. Al lado de las infecciones del páncreas, crónicas y no específicas, otras dos infecciones, según los autores, juegan un papel particular en la etiología de la diabetes pancreática, que son: la tuberculosis y la sífilis. Sabida es la frecuente asociación de la tuberculosis y la diabetes; la tuberculosis evolucionaria rara vez bajo la forma caseosa al nivel del páncreas (quizá porque el jugo pancreático posea propiedades que lo impidan), dando lugar, por el contrario, á lesiones grandes de esclerosis y esteatosis pancreáticas sin especificidad aparente, comparables á las que se observan con tanta frecuencia en los páncreas diabéticos. Menos conocidas son las asociaciones de la sífilis y la diabetes; los autores describen el caso de una mujer de cincuenta y tres años, que presentaba, por una parte, lesiones nerviosas sífilíticas (tabes frustrada y poliomiélitis sacra anterior), y por otra, un síndrome de diabetes con desnutrición y glucosuria abundante, en la cual encontraron una cirrosis sífilítica del hígado y una pancreatitis sífilítica esclero-gomosa que había acarreado la desaparición casi total de la glándula. Esta observación, notable por la claridad de los datos clínicos y anatómicos, establece de una manera indiscutible la realidad de una diabetes por sífilis del páncreas. (*Paris Medical*, Mayo 1920, núm. 20).—E. Luengo.

2. **Algunos hechos nuevos relativos á la inmovilidad torácica en el enfisema pulmonar generalizado, por el Dr. Creyx.**—Las conclusiones del autor son:

1.<sup>a</sup> Al lado de los casos ordinarios de enfisema del pulmón, en los que los cartílagos costales están osificados; en los que la ascensión vertical del tórax está exagerada, estando abolidos los movimientos de expansión y de retracción laterales, es preciso admitir otros dos grupos de hechos mucho menos frecuentes.

2.<sup>a</sup> En el primer grupo se colocan casos en que el tórax está dilatado, los cartílagos costales osificados y la ascensión vertical del pecho es nula, lo mismo que los movimientos de lateralidad. Estos enfisematosos, que además tienen un diafragma insuficiente, presentan una disnea permanente en el más alto grado y sucumben bastante rápidamente por asfixia.

3.<sup>a</sup> En el segundo están comprendidos los casos en que el tórax no está dilatado, ni los cartílagos osificados. No existe tampoco ascensión vertical del pecho, pero los movimientos de lateralidad están invertidos; retracción durante la inspiración, dilatación en la espiración. Aquí están menos acusados los fenómenos disneicos, siendo menos defectuoso el funcionamiento del diafragma que en el caso anterior.

4.<sup>a</sup> Sin descartar la intervención posible de un factor nervioso, ó de un factor articular (anquilosis costo-vertebral), pensamos que se pueden imputar, por lo menos en parte, los fenómenos observados, á la insuficiencia de los músculos elevadores de las costillas, insuficiencia demostrada por el trastorno de las reacciones eléctricas y la lesión de las fibras musculares revelada por el análisis histológico.

5.<sup>a</sup> Aún no se puede precisar si el primer tipo nace del segundo ó es independiente. (*Journ. de Med. de Bordeaux*, Mayo 1920, núm. 9, pág. 235).—E. Luengo.

3. **Los dos signos más importantes de la apendicitis crónica.**—El Dr. Morris (de New York) en el *Medical Record* (11 Enero, 1919), explica los dos signos más importantes de la apendicitis crónica, de la siguiente manera. Cuando una apendicitis crónica irritativa ha enviado su impulso nervioso á cierto ganglio simpático durante algún



tiempo, la capa muscular del colon ascendente se fatiga. Este colon ascendente fatigado con un tejido muscular relajado está distendido de gas la mayor parte del tiempo y nos da lo que se llama el signo del barril de sidra. La percusión en el lado izquierdo del abdomen del enfermo nos da una nota que recuerda las del barril de sidra en Octubre y la percusión en el lado derecho del abdomen del enfermo nos da la nota del barril de sidra en Marzo. El otro signo y tal vez el más importante consiste en una hipersensibilidad en el sitio donde se unen el segundo y el tercer ganglios lumbares simpáticos. Según los anatómicos modernos, hay cinco ganglios a cada lado de la columna vertebral en la región lumbar. Los impulsos nerviosos persistentes que envía un apéndice irritado crónicamente parece son registrados de manera selectiva en el segundo y tercer ganglio unidos, de tal modo que tenemos una hiperalgia de carácter más ó menos permanente en este punto ganglionar. Si apretamos profundamente sobre el abdomen una pulgada y media á la derecha del ombligo y un poco hacia abajo, el enfermo acusa la presión cuando apretamos en este punto, y tiene apendicitis crónica y no se interesa sobre este punto cuando no la hay. Weir sostuvo que no había conexión nerviosa directa entre el apéndice y aquél ganglio lumbar. Geyser, por el contrario, opina que el apéndice irritado llama sangre á su vecindad, y como la regulación de la sangre depende del sistema nervioso simpático, el ganglio nervioso correspondiente se hace hiperestésico. De todos modos, cuando un impulso aferente es enviado desde un apéndice irritado á un segmento de la medula, se manifiesta de doble manera; una sensación mayor en la piel, en la zona de Head del apéndice, y la otra y más importante en la hipersensibilidad en el punto del ganglio simpático lumbar señalado. Cuando hay hipersensibilidad en el ganglio de la izquierda hay que sospechar un proceso irritativo de la pelvis. El simpático pelviano envía sus impulsos á un área tan amplia que los dos lados de los ganglios lumbares son afectados, pero cuando el apéndice solo es el enfermo el ganglio lumbar derecho al estar sólo él afectado tiene gran valor diagnóstico. Si es el primero derecho el ganglio hipersensitivo, dirigido hacia el polo cefálico desde el ombligo es el punto de Mayo Robson que se afecta en los padecimientos de la región pilórica y de la vejiga biliar.—P. M.

4. **Hemorragias intestinales en un basedowiano hemofílico; tratamiento por el suero de conejo en estado de anafilaxia, por Raymond y Rouquier.**—Refieren los autores la observación de un hombre que presentaba los síntomas del basedowismo frustrado (exoftalmía, taquicardia ortostática, hiperemotividad sin bocio ni temblor) y antecedentes hemofílicos (epistaxis frecuentes y prolongadas, y que tuvo tres hemorragias intestinales sucesivas. La inyección de suero antidiftérico no impidió que al día siguiente se presentara dos veces la hemorragia. Se administraron entonces por vía subcutánea 10 c. c. de suero de conejo en estado de anafilaxia (suero sérico de Dufour y Le Hello). Como la hemorragia se renovara, se administró una segunda inyección del mismo suero, y aquélla se cobió definitivamente.

Hacen notar los autores que las relaciones del síndrome basedowiano con la hemofilia no han sido aún estudiadas, y que las hemorragias intestinales son raras en los hemofílicos. El suero sérico ejerció acción eficaz que se tradujo por la detención de la hemorragia y la disminución del tiempo de coagulación, que bajó de diez á cuatro minutos. (*La Presse Medicale*, 22 de Abril de 1920.)—L. P.

5. **La tensión intrapleurale en el estado normal y patológico, por P. Aneuille.**—Haciendo comunicar la cavidad pleural con un manómetro sensible se aprecia que existe en el interior de esta cavidad una presión inferior á la atmos-

férica: por término medio es equilibrado por 8 ó 10 c. c. de agua en el hombre.

Con el aparato de practicar el neumotórax artificial resulta bastante fácil apreciar la presión intrapleurale; así ha sido evaluada en una serie de estados patológicos de pulmón y pleura.

En el enfisema pulmonar es perfectamente normal, es decir, inferior á la presión atmosférica. Después de esta comprobación parece imposible admitir que la deformación torácica característica del enfisema pulmonar sea debida á la presión excéntrica del pulmón sobre la superficie interna de la pared torácica, puesto que entre ambos se interpone siempre una cavidad con presión subatmosférica. (*La Presse Medicale*, 21 de Abril de 1920.)—L. P.

6. **Toxicidad de las ptomainas, por Luciano Dreyfus.**—En la actualidad parece bien comprobada la inocuidad de las toxinas microbianas introducidas experimentalmente en el tubo digestivo. No ocurre lo mismo con ciertos productos definidos que se encuentran en los cadáveres al cabo de algunos días, como la cadaverina, la colina, la trimetilamina y la putrexina; estos cuerpos son muy tóxicos no sólo por la vía intravenosa ó subcutánea, sino también por la vía digestiva: á veces son más tóxicos en inyección intrarrectal que en inyección intravenosa. La neutralización de las soluciones les hace perder en parte su toxicidad, lo que quizás justifique ciertas prácticas culinarias. (*La Presse Medicale*, 21 de Abril de 1920.)—L. P.

7. **La resistencia globular y la colesterinemia durante el curso de las colecistitis crónicas, por Laporte y Rouzaud.**—Estudiando la sangre en la colecistitis crónica distinguen los autores dos grupos de enfermos, los unos con hipercolesterinemia y resistencia globular normal, y los otros con fragilidad globular é hipocolesterinemia. La glicemia está ordinariamente aumentada en los enfermos del primer grupo, y es normal en los del segundo. La coleina es variable, y por lo general más fuerte en los primeros. Los pacientes del primer grupo son todos litiasicos; los del segundo, son entéricos crónicos, anémicos, sin litiasis evidente en sus antecedentes. El síndrome hematológico puede ser muy útil para el diagnóstico diferencial, clínicamente tan difícil, entre las colelitiasis crónicas y las colecistitis crónicas no calculosas. (*La Presse Medicale*, 21 de Abril de 1920.)—L. P.

8. **Causa de los trastornos cerebrales tras la ligadura de la carótida, por Perthes.**—La circunstancia de que entre la ligadura y la aparición del ictus apoplético transcurre algún tiempo hace creer al autor que la deficiencia de la circulación colateral no es la causa de los trastornos cerebrales; el origen de éstos se halla á su juicio en la embolia, consecutiva á la lesión de la túnica arterial interna. Propone hacer la ligadura con fibras aponeuróticas. (*Deutsche med. Woch.*, 29 de Mayo de 1920.)—L. P.

9. **Teoría de la conmoción cerebral, por Breslau.**—Las teorías actuales para explicar esta afección no han recibido una comprobación exacta. Mientras unas veces el cerebro experimenta lesiones de la más diversa índole sin que la conmoción aparezca, otras se presenta tras mínimos traumatismos cerebrales. Se puede llegar hasta el cerebelo sin que los síntomas de conmoción se produzcan. En cambio, los fenómenos de conmoción son muy intensos tan luego como se toca la medula oblonga: comparando ésta al foco de un espejo cóncavo, cuando la compresión traumática actúa en dirección hacia ella, sería á juicio del autor cuando la conmoción apareciera. (*Deutsche Med. Woch.*, 29 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.

Como lo esperábamos.—Vivir para ver.  
Compensaciones.

No comprendemos, ó mejor dicho, no queremos comprender, cuál pueda ser el propósito del *Boletín de la Asociación de médicos titulares*, al juzgar en su número del 22 de Mayo, de la historia, importancia y alcance del artículo de la ley de Presupuestos en que se consignan las garantías del cobro de los haberes de los funcionarios sanitarios municipales.

En primer lugar, *en cuanto á la historia*, comete el colega evidentes falsedades, cuya inocente urdimbre es fácil deshacer. No negamos que en la preparación del espíritu del ministro tuvieran parte los clamoreos de la opinión médica y fuera estímulo preparatorio el conato de Asamblea celebrada últimamente y cuya representación le visitó.

No lo negamos ni lo afirmamos, lo aplaudimos, porque á nosotros en nuestra acción desinteresada y perseverante nadie nos estorba, antes á todos acudimos; pero lo que sí decimos hoy claramente, con la fácil comprobación de más de quinientas personas que lo oyeron, es que el señor ministro afirmó en su discurso de la Academia de Medicina: «Primero. Que la fórmula por él llevada á la Comisión de Presupuestos del Congreso había sido sugerida y convenida con él por los Sres. Martín Salazar y Cortezo. Segundo. Que la referida fórmula (hoy Ley) fué enviada por él de Real orden á la Comisión de Presupuestos del Congreso y que ésta LA RECHAZÓ». Por lo tanto, al ir el proyecto al Senado *no existía fórmula* y ésta fué reproducida por el Sr. Cortezo en la Alta Cámara y su iniciativa, aceptada por la Comisión y amparada nuevamente por el ministro, fué aprobada por la Alta Cámara, primero, y después, tras trabajos y amarguras, por la Comisión mixta de ambas Cámaras. Esta es la verdad de los hechos bien públicos y patentes, pues á la luz pública ocurrieron, en las actas respectivas están consignados, y vivos estamos, por fortuna nuestra (no sabemos si de todos), los que en ellos hemos actuado.

En cuanto al porvenir y eficacia y forma de aplicación del precepto legal, créanos el colega, no es el mejor procedimiento de información el andar por los despachos de los oficiales de los Ministerios

y por centros más ó menos elevados; á quien hay que acudir es al nuevo ministro, que es hombre muy cortés é inteligente, que á todos recibe y que dirá la forma en que él piensa facilitar el cumplimiento de la Ley.

Oíganos el colega, no se ponga trágico diciendo «¿qué idea tienen de nuestra mentalidad?»; porque lo que da gana es de decir «¿qué idea tiene él de la mentalidad de sus lectores para creer que puedan desfigurarse hechos tan claros?».

En contraste con lo anterior podríamos presentar la larga lista de felicitaciones y adhesiones recibidas por el evidente adelanto que en el pago por el Estado se ha obtenido; pero nos limitamos por no proceder de un Centro médico á transcribir la que dirige la «Unión Farmacéutica Nacional» á nuestro director y que dice así:

«La Junta directiva de la Unión Farmacéutica Nacional, en nombre y representación de los farmacéuticos españoles cuya genuina representación ostenta, como constituida que está por la federación de todos los Colegios de farmacéuticos de España, se complace en testimoniar al ilustre Dr. Cortezo su gratitud más sentida por los esfuerzos por él realizados para conseguir el pago por el Estado de los titulares sanitarios, felicitándole y felicitándose de que algo haya conseguido en este sentido con la inclusión en la ley de Presupuestos de la disposición que, referente al pago de los titulares, se inserta en ella.

Y es tanto más viva su gratitud para con el ilustre médico, por cuanto no es muy común el altruismo de pedir que los beneficios que para la colectividad propia se pretenden, se extiendan á otra, ni aun tratándose de dos clases de ideales é intereses tan semejantes y confundidos como los de la clase médica y la farmacéutica.

Reciba, pues, excelentísimo señor é ilustre compañero, el testimonio de gratitud de los farmacéuticos españoles, y sirvale la seguridad de ésta, de estímulo para no olvidarlos en sus posteriores campañas sanitarias.

Así, por acuerdo de la Junta directiva de la Unión Farmacéutica Nacional, nos complacemos en manifestarlo á V. E., cuya vida guarde Dios muchos años.



Madrid, 29 de Mayo de 1920.—V.º B.º el presidente, *José Erazo*; el secretario, *Antonio López y García*.

Como se vé, los farmacéuticos se han dado mejor cuenta de lo ocurrido, que algunos médicos que se llaman *órganos* de la clase.

DECIO CARLAN

## DESPUÉS DEL HOMENAJE

Entre los centenares, y más que centenares de telegramas, cartas y testimonios de adhesión, procedentes de Colegios médicos, asociaciones, centros y particulares, documentos que nos sería imposible reproducir, hay uno que por el carácter oficial de la persona que lo suscribe y la mención que en él se expresa, debe ser transcrito con todo el agradecimiento de nuestra alma.

Nos referimos á la siguiente carta que el Presidente del Consejo de ministros dirige al decano de la Facultad de Medicina, Sr. Recasens, organizador con otros señores del homenaje al Dr. Cortezo.

Dice así:

Excmo. Sr. D. Sebastián Recasens.

Muy señor mío y distinguido amigo: Siento muy de veras no poder asociarme personalmente al homenaje que ha de tributarse mañana al eminente Dr. Cortezo, en la Real Academia Nacional de Medicina, porque, para poder hacer frente á las obligaciones que sobre mí pesan, no puedo omitir el completo descanso del domingo en el campo.

S. M. el Rey se asocia con muy preciada y merecida recompensa á esa verdadera fiesta del espíritu de la Nación, y el Gobierno estará dignamente representado en ella; mas yo no puedo omitir una manifestación directa de mi cordial adhesión á la iniciativa feliz que mañana ha de realizarse, y á V. la dirijo como dignísimo Presidente de la Comisión organizadora.

Celebra Cortezo sus bodas de oro con la Ciencia, y todos debemos aplaudir en su ilustre figura cincuenta años de verdadero apostolado social. Tuve la fortuna de tenerlo colaborando conmigo al frente de la Sanidad pública, cuando fui hace veinte años Ministro de la Gobernación, y allí pude aprender y admirar la abnegación y el fervor con que ha procurado él siempre difundir y extender los frutos de su ciencia y de su experiencia en el servicio de la humanidad doliente.

Unan ustedes mi aplauso al de todos y les quedará muy agradecido su afectísimo amigo y s. q. l. e. l. m.,

E. DATO.

29-5 20.

## REMITIDO

Entre las muchas cartas de felicitación recibidas de todos los Colegios y médicos titulares de España, creemos digna de ser conocida por nuestros lectores la que á continuación re-

producimos de nuestro colaborador D. Quintín Rua, por contener una proposición que debieran apoyar con exposiciones é instancias todos los titulares, dejando por un momento las divagaciones y las aspiraciones en concreto, para procurar lo práctico y positivo, pues paso a paso se va lejos, y queriendo dar saltos se corren muchos peligros.

«Excmo. Sr. Dr. D. Carlos María Cortezo.

Mi querido é ilustre compañero: De todo corazón le doy las gracias por haber conseguido que se incluyera en la ley de Presupuestos una disposición mediante la cual los forenses, los médicos, farmacéuticos y veterinarios municipales, podamos solicitar del Ministerio de Hacienda la retención y embargo de los fondos municipales por cantidad igual á la que nos aduden. Por EL SIGLO MÉDICO vine enterándome de la ímproba labor que tuvo que realizar para conseguir tal disposición, por cuyo motivo nuestro agradecimiento hacia usted debe ser muy intenso y guardar relación con las grandes dificultades que tuvo que vencer. Ahora veremos si los Municipios, ante la amenaza de ver embargados sus fondos, cambian de conducta y nos pagan religiosamente. Mas yo creo que se burlarán de esa disposición como se burlaron del Real decreto y Real orden que dictaron los señores Ruiz Jiménez y D. Amalio Gimeno, y aun cuando nosotros acudamos al Ministro de Hacienda, éste, influido por los caciques o por los diputados, se cruzará de brazos y no decretará la retención y embargo de los ingresos municipales. Pero, aun suponiendo que los ministros de Hacienda atiendan nuestra demanda, no por eso los titulares podremos vivir tranquilos, sino temer que los caciques tomen represalias; pues ellos, á no poder eludir el pago de nuestros haberes, harán todos los medios para quitarnos las plazas, instruyendo expediente é imputándonos faltas y hechos falsos. Por eso era preciso que ahora se dictara por el ministro de la Gobernación una disposición reformando la manera de instruir y resolver los expedientes. ¿Cómo? De la manera siguiente: Cuando un Municipio tuviere quejas de su titular, se las expondrá á la Junta provincial de Sanidad, la que si las juzgare fundadas, ordenará que un subdelegado de diferente distrito instruya el correspondiente expediente oyendo á los acusadores y al acusado. Una vez formado el expediente, lo resolverá la Junta provincial de Sanidad, cuyo fallo, á instancias del Municipio ó del titular, podrá ser confirmado ó revocado por el Real Consejo de Sanidad en última apelación.

Los alcaldes no podrán imponer multas ni correctivos á los titulares ni tampoco los gobernadores sin previo acuerdo de la Junta provincial de Sanidad.

Con estas reformas y la disposición de la ley de Presupuestos, quedaríamos los titulares medianamente tranquilos. Así, pues, Sr. Cortezo, le ruego que haga cerca del ministro de la Gobernación las gestiones conducentes á tal fin, que supongo han de resultar fructíferas, pues no se necesita una ley, sino un Real decreto.

Con motivo del jubileo que va á celebrarse en honor suyo, le reitero mi cariño y profunda gratitud por los trabajos y desvelos que hace por la clase, y al cielo pido prolongue muchos años su vida para bien de la nación, de la Medicina y de los titulares con quienes se porta usted como si fuera un amoroso padre.

QUINTÍN RUA  
Médico titular.

Rioarba, Mayo 18 de 1920.



## Deficiencias de los abastecimientos de agua de las poblaciones españolas. <sup>(1)</sup>

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 organización de los Consejos provinciales también es más lógica que en España. El Consejo de Higiene y Salubridad del Sena está compuesto por los miembros titulares propuestos por los Consejos de Higiene y del Sena y por 15 vocales natos, cinco de los cuales son médicos; é ingenieros, arquitectos, farmacéuticos, etc., los diez restantes.

Entre otras penalidades se castiga con 100 á 500 francos de multa, y en caso de reincidencia con 500 á 1.500 francos, á los que pongan obstáculos al cumplimiento de las órdenes de los alcaldes y sus delegados en los asuntos sanitarios; el que perjudique á las conducciones ó depósitos de aguas, ó el que deje mezclar materias excrementicias ú otras susceptibles de perjudicar á la salud pública con las aguas de alimentación, se les castiga con las penas señaladas en el Código penal.

Italia tiene también su ley de Defensa de la salubridad pública desde 22 de Diciembre de 1888. Según su art. 44, cada Municipio debe estar provisto de agua potable, pura y de buena calidad. Donde ésta falta ó sea insalubre ó escasa para las necesidades de la población, el Municipio puede ser obligado á procurársela. La contaminación de aguas potables está castigada con multa hasta de 500 liras, además del pago de los gastos y reparación de los daños producidos, todo ello sin perjuicio de los castigos previstos en el Código penal.

El Consejo superior de Sanidad se compone además de los vocales natos, de cinco doctores higienistas, dos ingenieros sanitarios, dos naturalistas, dos químicos,

un jurisconsulto y dos expertos. En los Consejos provinciales hay hasta cuatro doctores y tres ingenieros sanitarios.

Inglaterra, Alemania y Estados Unidos han sido aún más radicales que nuestros hermanos de raza latina, y ahí está en demostración de ello, por ejemplo, el saneamiento de la Habana y otras hermosas poblaciones que fueron nuestras, en las que se ha desterrado la fiebre amarilla, que no sólo era en ellas endémica, sino que constituía un peligroso foco de irradiación hacia el mundo entero.

Cuanto á España, triste es decirlo, nuestra legislación anticuada caótica y confusa, contiene una serie de disposiciones incompletas y que en lo poco bueno que tienen no se cumplen.

Para demostrarlo bastará recordar que el mismo Real Consejo de Sanidad falta á las disposiciones que le atañen, pues no ha dado cumplimiento á la Real orden de 5 de Marzo de 1912, que le obligaba á presentar el proyecto de ley de Defensa del agua potable.

El avance de inventario de aguas potables en las regiones de España, publicado en el *Anuario Estadístico* de 1917, según los datos remitidos por los inspectores regionales, en Diciembre de 1917, no puede ser más desconsolador. Un tercio de los Municipios españoles carecen de abastecimiento de aguas ó sus dotaciones son insuficientes. De 14.460 abastecimientos inspeccionados, sólo había 4.912 protegidos, y los restantes, 9.548, son sospechosos ó insalubres. No consta nada de la pureza bacteriológica, que es lo más importante; pero no es indicio favorable el que más de un tercio de ellos tengan materia orgánica abundante, cuando el grado hidrotimétrico, único dato que consta de los caracteres químicos, es excesivo en más de la mitad de las aguas.

Hay capital de provincia, como Almería, en que el grado hidrotimétrico es de 63°.

Son interesantes los siguientes datos relativos á Cataluña, de la misma procedencia:

### AÑO 1913

Materia orgánica en suspensión			Provincia.	Número de términos municipales.	Suficientes.	Insuficientes.	Grado hidrotimétrico hasta			INFECCIONES HÍDRICAS			Valor de vidas y días de trabajo perdidos.
Nula.	Escasa.	Abundante.					10	10-25	25-40	Morbilidad.	Mortalidad.	Días de trabajo perdidos.	
84	507	132	Barcelona...	316	136	180	122	399	202	428	54	10.700	302.100
21	210	23	Tarragona...	185	91	94	38	195	21	264	24	5.280	135.840
45	372	64	Lérida.....	234	226	98	21	397	63	398	52	7.690	283.880
71	391	68	Gerona.....	247	205	42	31	470	29	311	39	7.775	218.325

El inspector regional Sr. Naranjo, en Septiembre de 1912, consigna que de 222 pueblos de Cáceres hay 175 palúdicos, y de 162 de Badajoz, hay 143 sufriendo de lo mismo.

(1) Véase el número 3463.

Veamos ahora cómo han resuelto el problema Madrid y Barcelona, las dos principales poblaciones españolas.

El abastecimiento de aguas de Madrid se reducía hasta 1858, los antiguos viajes ó captaciones de aguas llama das gordas, siendo las más famosas las de la Caste-

# BARDANOL

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



llana, Alcubilla, Abroñigal Alto y Abroñigal Bajo.

Su caudal era muy pequeño, como lo son las cuencas alimentadoras de tales alumbramientos que han sufrido múltiples vicisitudes según el cuidado ó abandono de las canalizaciones respectivas, de lo cual dan idea los datos que seguidamente transcribimos:

**Datos publicados por el Sr. Hauser para Madrid.**

*Medidas de agua (en reales de agua) de los cuatro viajes (1699-1828.)*

Años en que se han medido las aguas.	Viaje de la Castellana.	Viaje de la Alcubilla.	Viaje de Abroñigal Alto.	Viaje de Abroñigal Bajo.	Total de los cuatro viajes, en reales — Metros cúbicos.
1699.....	»	»	70	182	252 817,74
1700.....	124	17	63	144	348
1722.....	40	25	56	96	217
1724.....	26	25	56	64	171
1738.....	72	30	62	171	335
1739.....	68	32	64	180	344
1741.....	91	33 $\frac{1}{2}$	64	180	368 $\frac{1}{2}$
1744.....	190	31	50	200	471
1745.....	190	35	82	200	507
1746.....	190	33	70	200	493
1747.....	70	30	70	200	370
1748.....	68	31	60	200	359
1752.....	64	31	52	200	347
1753.....	60	25 $\frac{1}{2}$	52	172	309 $\frac{1}{2}$
1754.....	48	15	52	152	267
1757.....	50	19	52	100	221
1758.....	64	25	60	112	261
1759.....	56	23	60	100	239
1765.....	44	24	50	130	248
1766.....	40	17 $\frac{1}{2}$	52	124	233 $\frac{1}{2}$
1768.....	64	29	60	132	285
1770.....	48	17 $\frac{3}{4}$	56	96	217 $\frac{3}{4}$
1771.....	48	24	56	84	212
1773.....	48	23	56	137	259
1775.....	37	20	58	116	231
1777.....	46	23	64	117	250
1779.....	41	22 $\frac{1}{2}$	64	132	259 $\frac{1}{2}$
1780.....	34	14	86	134	268
1782.....	45	15 $\frac{1}{2}$	79	124	257 $\frac{1}{2}$
1783.....	40	20	61	122	243
1786.....	75	33 $\frac{1}{2}$	90	201	399 $\frac{1}{2}$
1792.....	63	25	94	160	342
1793.....	72	25 $\frac{1}{2}$	102	144	344 $\frac{1}{2}$
1796.....	171	73 $\frac{1}{2}$	117	202	563 $\frac{1}{2}$
1797.....	140	49 $\frac{1}{2}$	109	202	500 $\frac{1}{2}$
1800.....	173	75 $\frac{1}{2}$	117	300	665 $\frac{1}{2}$
1815.....	56	43	86	172	357
1816.....	56	41	86	208	391
1817.....	65	36	72	188	321
1818.....	59	33	76	180	348
1819.....	49	29	68	184	328
1820.....	58	44	78	176	356
1821.....	52	46	67	140	305
1823.....	58	42 $\frac{1}{2}$	71 $\frac{1}{2}$	152	324
1824.....	59	27	64	132	282
1828.....	21	42	56	140	259-840,455

NOTAS.—Las cifras 63 y 144 del año 1700 se han obtenido como promedios de las consignadas para 1699 y 1722. El caudal de los viajes Castellana y Alcubilla para 1699 se ignora. El real fontanero equivale á 8,245 metros cúbicos diarios.

(Se concluirá.)

**TOLUDEN**

Pelrid's C.º, New-York

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

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

Ayuntamiento de Madrid

## NUESTRO EJÉRCITO UNIVERSITARIO

Universidad de Valladolid.

### Mariano Sánchez y Sánchez.

Catedrático numerario de la Facultad de Medicina.

CARGOS QUE HA SERVIDO EN DICHA FACULTAD  
Director de Museos y Trabajos anatómicos, por oposición.  
Profesor auxiliar numerario adscrito á las Cátedras de Anatomía descriptiva.

Catedrático numerario de Técnica anatómica.  
Actualmente es catedrático titular de Anatomía descriptiva, Embriología y Técnica anatómica acumulada.

#### CARRERA LITERARIA Y PROFESIONAL

Alumno interno por oposición del Hospital clínico de la Facultad de Medicina de Valladolid.

Grado de Licenciado en dicha Facultad, año 1896.

Grado de Doctor en Madrid, año 1900.

Ingresó en el Profesorado numerario de Universidades, año 1906.



Es Académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, desde el año de 1909.

Es Subdelegado de Medicina del distrito de la Audiencia de dicha capital, desde el año 1910.

#### PUBLICACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS Y LITERARIOS

Tesis del Doctorado: Preparación y conservación de las piezas anatómicas naturales para los Museos de Anatomía, año 1900.

Comunicación al I Congreso de la Asociación de las Ciencias, «Procedimiento de conservación anatómica seguido en la Facultad de Medicina de Valladolid», Zaragoza, 1903.

Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina de Valladolid sobre «Enseñanza práctica de la Anatomía humana», Valladolid, 1909.

Memoria histórica científica sobre las aguas minero-medicinales de Castromonte, Valladolid, 1910.

Trabaj  
ñanza ana  
Comun  
Ciencias  
en Vallad  
Comun  
«Aportac  
de Oftalm  
curso de  
Al VI  
ción sobr  
lecturari  
Tiene  
derna de  
so de An

SOC

Esta  
presiden  
El se  
al acta d  
El Dr  
serie de  
genérica  
leídas y  
les que l  
y de la c  
lebrase  
higie-so  
Con  
raciones  
ne, de la  
en lo co  
consigna  
cia de a  
raza.  
El S  
proposi  
directiv  
Los  
vacione  
de recti  
de vista  
vantada

SOC

Pro  
presbic  
no de i  
caracte  
Otro  
ran á u  
so, y s  
ven di  
modaci  
ciones  
El  
pótesis  
es un  
curvat  
punto

LA  
Y S



Trabajo original, formando un opúsculo, sobre «La enseñanza anatómica en la Facultad de Medicina», año 1916.

Comunicación al V Congreso de la Asociación de las Ciencias celebrado en Valladolid, sobre «Acción social en Valladolid», año 1916.

Comunicación al I Congreso Nacional de Medicina, sobre «Aportación clínica a la Oftalmología: casuística de un curso de Oftalmología en la Facultad de Medicina de Valladolid», curso de 1917-1918.

Al VII Congreso de las Ciencias, Bilbao, 1919. Comunicación sobre «Contagio directo de la Tuberculosis», por el Cirujano (Chirurge conum).

Tiene además publicados: Un trabajo sobre Técnica moderna de embalsamamientos y los programas de 1.º y 2.º curso de Anatomía humana, Embriología y Técnica anatómica.

## Sociedades Científicas.

### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

SESIÓN DEL DÍA 20 DE ABRIL DE 1920.

Esta Sociedad celebró sesión el martes último bajo la presidencia del Dr. Mariscal.

El secretario general, Dr. Fernández Cuesta, dió lectura al acta de la anterior, que fué aprobada.

El Dr. Basquiana propuso que la Sociedad celebrase una serie de sesiones públicas diarias que pudieran denominarse genéricamente «semana higie-social» en las que fueran leídas y discutidas rápidamente las informaciones personales que habían de aportar todos los socios acerca de la raza y de la cultura, proponiendo igualmente que la Sociedad celebrase una sesión preparatoria para las de esa «semana higie-social».

Con este motivo el Dr. Basquiana hizo extensas consideraciones acerca de la necesidad de la enseñanza de la higiene, de la instrucción higie social de la mujer, sobre todo en lo concerniente a maternología, de la conveniencia de consignar en la legislación normas eugenésicas y de la urgencia de atender a todo lo que represente mejoramiento de la raza.

El Sr. Mariscal rogó al Sr. Basquiana que concrete su proposición en forma que pueda ser conocida por la Junta directiva para resolver acerca de ella.

Los señores Decref y Lasbennes hicieron algunas observaciones a las manifestaciones del Sr. Basquiana, y después de rectificar este señor insistiendo en sus diferentes puntos de vista, habiendo pasado las horas reglamentarias, fué levantada la sesión.

### SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL DÍA 19 DE FEBRERO DE 1920

De la acomodación en la presbicia.

**Profesor E. Fuchs.**—Las personas que al principio de la presbicia se esfuerzan en leer sin lentes se quejan a veces, no de insuficiencia de la vista, sino de *micropsia*, viendo los caracteres más pequeños.

Otros presbitas dicen que si al interrumpir la lectura miran a un objeto lejano, aparece éste al primer momento difuso, y sólo después de cierto lapso de tiempo es cuando le ven distintamente, de suerte que el relajamiento de la acomodación no se efectúa instantáneamente como en condiciones normales.

El profesor Fuchs explica estos dos fenómenos por la hipótesis de que en este caso la contracción del músculo ciliar es un poco más fuerte que lo que corresponde al aumento de curvatura del cristalino durante la acomodación para el punto próximo.

## Sobre las queratitis profundas provocadas por un contenido anormal de la cámara acuosa.

En ciertos casos de queratitis profundas la inflamación de la córnea es provocada, ya por la acción directa de una exudación purulenta aplicada contra la cara posterior de la córnea, ya por la acción de un humor acuoso de composición alterada.

En el primer caso los leucocitos contenidos entre las láminas posteriores de la córnea, pueden provenir de vasos marginales de la córnea ó haber inmigrado del hipopión á través de la membrana de Descemet. La causa de la infiltración corneal puede ser la invasión de microbios contenidos en el hipopión ó solamente la acción de las toxinas penetrando desde la cámara á la córnea. La infiltración posterior deja tras de sí una opacidad profunda permanente por formación de un tejido cicatricial.

Una queratitis profunda secundaria puede producirse, sin aplicación de una exudación, solamente por consecuencia de una composición viciosa del humor acuoso. En un cierto número de estos casos descritos con el nombre de queratitis pustuliforme profunda aparecen en las capas profundas de la córnea focos amarillentos como pequeñas pústulas acompañadas de un hipopión considerable.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 701,8; íd. mínima, 698,7; temperatura máxima, 27,4; íd. mínima, 12,2. vientos dominantes, O. SO.

Sigue observándose disminución y mejoría en los estados gripales agudos y en los infecciosos intestinales que habían venido constituyendo la nota dominante en los últimos meses. Han aumentado los reumatismos, los estados congestivos de los centros nerviosos, las congestiones hepáticas y las angiolocolitis catarrales.

La coqueluche y el sarampión siguen presentándose, aunque mitigados, en los niños.

## Crónicas.

**Muerte de D. Kurt A. Helbig.**—Tras largo y penoso padecimiento llegó el temido instante en que había de separarse de nosotros el querido, inteligente y activo colaborador de los trabajos diarios de EL SIGLO MÉDICO.

El jueves, á las seis de la tarde y en el Hospital Alemán donde recibía los cuidados diarios y constantes de nuestro Director, falleció agotado por una fiebre pertinaz que le tuvo postrado durante siete meses.

Tenía treinta años de edad. Desde su primera juventud supo ganarse la vida alejado de su patria. Sus dotes más admirables, la actividad y la inteligencia le abrieron todas las puertas y pudo ponerse siempre en sus manos todo asunto delicado que requiriese una gran responsabilidad ó una gran confianza.

Los redactores y colaboradores de EL SIGLO pierden un buen amigo y un elemento eficaz de cooperación. Nuestro Director pierde la persona de confianza que durante siete años, día por día, le acompañaba á todas partes.

Descanse en paz.

**La Fiesta de la Flor en Madrid.**—El último lunes, día 7, se celebró en Madrid la anual Fiesta de la Flor en beneficio de los tuberculosos pobres, que merced al desprendimiento del pueblo español y al esfuerzo prestado de continuo por los directores de este movimiento caritativo, pueden contar con sanatorios y consultorios en que gratuitamente hallan asistencia y medios adecuados para combatir el terrible mal.

Aun no nos es posible dar con exactitud la cifra recaudada el día 7. Sólo podemos anticipar que á pesar del aspecto lluvioso del día y de la aparente desanimación que en todos los centros se comentara, los datos hasta ahora recibidos

**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 75. San Sebastián



hacen suponer que la suma total de los donativos pasará de la alcanzada en el año anterior, y posiblemente de la recaudación máxima conocida desde que se viene celebrando esta benéfica Fiesta.

Hasta el miércoles, según las cuentas presentadas por las señoras presidentas de las mesas, la recaudación asciende a 133.000 pesetas, sin contar con las 18.000 que S. M. la Reina Victoria ha recaudado personalmente, y de otros importantes donativos de particulares y empresas.

**El Dr. D. Ignacio Barraquer en Madrid.**—Desde hace próximamente quince días se encuentra en Madrid el ilustre oftalmólogo Dr. Ignacio Barraquer (de Barcelona) que ha sido llamado a la Corte para practicar una operación a la ex emperatriz Eugenia.

La operación consistió en la extracción integral de una catarata por el procedimiento personal suyo.

Según informes particulares nuestros, parece ser que la operación ha sido efectuada con excelente éxito y que el ilustre cirujano viene recibiendo muchas felicitaciones por las dificultades que a nadie se ocultan en que tuvo que realizarse la intervención.

Deseamos vivamente el pronto restablecimiento de la ilustre enferma y unimos nuestra enhorabuena más sincera a las ya recibidas por el eminente y joven profesor.

**Homenaje al director del Hospital de Niños Pobres de Barcelona.**—El día 5 por la tarde y en el salón de sesiones del Ayuntamiento de Barcelona se celebró el acto de entregar al director del Hospital de Niños Pobres, Dr. Vidal Solar, el nombramiento de hijo adoptivo de aquella capital catalana.

Hizo entrega del diploma el alcalde, quien manifestó que sentía íntima satisfacción al poder entregar aquel documento a un hombre cuyos méritos ha sabido reconocer el Ayuntamiento, nombrándole hijo adoptivo de la ciudad.

A continuación habló en nombre de la Comisión de Hacienda, D. José de Peroy, que entregó al alcalde un cuadro que simbolizaba la labor realizada por el Hospital de Niños Pobres, y le rogó que interesara de la Junta de la Exposición que señale sitio para levantar el monumento que se proyecta.

El Sr. Vidal Solar dió las gracias por el homenaje, y dedicó un recuerdo cariñoso al personal que sirve en el hospital de que es el director y que contribuyó siempre con su laboriosidad al éxito de la benéfica institución.

**Oposiciones para cubrir 100 plazas de alféreces médicos.**—El Ministerio de la Guerra ha publicado recientemente en la *Gaceta* una Real orden convocando a oposiciones para cubrir plazas de alféreces médicos de la Academia de Sanidad Militar a los doctores o licenciados en Medicina y Cirugía que lo soliciten hasta el 26 de Agosto próximo.

Los ejercicios de oposición tendrán lugar en esta corte y en el local de la Academia, calle de Altamirano, número 33, dando principio el 1.º de Septiembre del corriente año.

**Baños benéficos para niños.**—En la Primera Casa de Higiene Benéfica Infantil de Madrid (Esgrima, 2), han dado comienzo desde el día 1.º del actual los baños diarios a placer (no medicinales ni en piscina, sino individuales y como en años anteriores), dedicados a los niños necesitados de éstos y cuyas viviendas no están dotadas de los elementos necesarios para efectuarlos.

El personal sanitario femenino de la casa, todos los días laborables, de ocho de la mañana a ocho de la noche, cuida de atender a los niños de ambos sexos y de tres a doce años que acuden a la misma.

Cuanto niños lo necesiten pueden utilizar este servicio mediante un pequeño donativo voluntario que, por carecer del apoyo oficial, es necesario para su sostenimiento y para los fines de esta obra de higiene.

Los niños que padezcan de alguna enfermedad contagiosa no serán admitidos.

**El tifus en Motril.**—Telegramas procedentes de esta población, que desde hace bastantes días se ve invadida por una epidemia tífica, encarecen la necesidad de que las autoridades locales intervengan en evitación de que se propague como se viene propagando el mal.

El vecindario se halla alarmado, y culpa de la gravedad de los caracteres que presenta la epidemia, a la desastrosa administración municipal de aquella población.

**Colegio de Médicos de Madrid. Renovación de Junta de gobierno.**—Debiendo procederse a la renovación parcial de la Junta de gobierno, según dispone el art. 20 de los Es-

tatutos y 18 del Reglamento, se convoca a los señores colegiados a Junta general extraordinaria, que tendrá lugar el día 14 del actual, de seis a nueve de la noche, para la elección de los cargos de presidente, vocales primero, tercero, quinto, séptimo, noveno, y tesorero, continuando la votación al día siguiente en las mismas horas.

**Curamos con electricidad, rayos X y radium** en sus diferentes formas, variedades y aplicaciones médicas, cáncer, lupus, bocios, tumores graves, reumatismo, gota, artritis deformantes, parálisis, neuralgias, neuritis y mielitis, displasias neuromotrices, colitis mucomembranosa, graves afecciones de la piel ó cuero cabelludo, cicatrices deformes y enfermedades crónicas imposible mejorarlas con ningún otro medio. Instituto Radiumterápico, Princesa, 58.

**Concurso de Médicos.**—Hospital de Caridad de Cartagena.—Se convoca a concurso para proveer una plaza de médico-cirujano en este santo Hospital de Caridad. Las solicitudes se admitirán en el despacho del hermano mayor hasta el día 20 del próximo mes de Junio, a las seis de su tarde.

Las condiciones del concurso y del cargo se darán a conocer por el referido señor Hermano mayor a quien lo solicite del mismo.

Cartagena, 20 de Mayo de 1920.—El secretario, Tomás Carlos Roca.

**Médicos.**—La casa editorial Campos, Princesa, 14, Madrid, tiene publicadas las siguientes obras de oposiciones: Para Sanidad Militar, a 60 pesetas; Inspectores provinciales de Sanidad, 60; Beneficencia municipal Madrid, 75; Forenses, 50; Médicos Prisiones, 50; Sanidad Armada, 50; Sanidad Exterior, 35; Inspectores médicos escolares, 25; Higiene, 25; Marina civil, 25. Tiene además programas de todas clases, y la importante revista *El Guía del Opositor*, que informa sobre todas clases de oposiciones, y cuesta 4 pesetas al año.

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

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

## PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por

**JOSÉ ROBERT Y SOLER**

INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO:

FARMACIA ROBERT · Lauria 74  
BARCELONA

**GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE**



El papel de esta Revista está fabricado especialmente para El Siglo Médico por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

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