

# 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 FRANCO 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. PASQUAL 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 Jefe 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 del aparato digestivo (San Sebastián).
Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA. Académico de la Real de Medicina.		

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

**SUMARIO:** Sección científica: Índice práctico de los accesos histéricos por el Dr. E. Fernández Sanz.—Crítica de los métodos modernos de extracción de la catarata, por el Dr. Ignacio Barraquer y Barraquer.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—La Beneficencia general, por Un opositor.—Papeles mojados, por Casio Clemente.—Sociedad Española de Higiene.—Sección oficial: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

### Índice práctico de los accesos histéricos

POR EL

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina.  
Médico numerario de la Beneficencia general. Jefe facultativo del Hospital de Jesús Nazareno, etc.

Son tan frecuentes las crisis histéricas, revisten tan variadas formas y requieren con tal apremio la rápida formación de los juicios diagnóstico, pronóstico y terapéutico, sin tiempo de consultar los autores para reconocer la índole del proceso y para prescribir el tratamiento con toda la urgencia que la naturaleza del caso reclama, que me parece muy conveniente recapitular en forma de enumeración sumaria los más importantes tipos del paroxismo histérico, para que facilitado su recuerdo por el mismo modo esquemático y sinóptico en que aquí voy á presentarlos, puedan ser tenidos presentes por el práctico, cuando de improviso se encuentra ante un sujeto accidentado.

No es mi propósito trazar una descripción detallada de cada una de las variedades de ataques, sino solamente mencionar las principales, de manera que resulte una breve relación de las que más á menudo se observan en clínica, dispuesta en forma que pueda ser rápidamente abarcada y á la vez que permita la fácil comprensión de las conexiones entre unas y otras y de sus mutuas afinidades y diferencias.

A este plan expositivo del tema enunciado, respondo el título de *índice práctico* que encabeza este trabajo, el cual tendrá la íntima equivalencia de un cuadro taxonómico, pero sin sus apariencias distributivas y sin el aspecto de rigorismo lógico de que convencionalmente se alardea en las pretenciosas clasificaciones didácticas; de aspiración más modesta mi labor, pero acaso de mayor utilidad clínica, se reducirá á la citación en serie ordenada, según sus respectivas analogías, de los episodios morbosos que ocasionalmente acaecen en el curso del histerismo.

Acostúmbrase á dividir los síntomas de esta psiconeurosis en accidentales y persistentes, y aunque estos términos tienen sólo un valor relativo, pues ninguno de dichos síntomas puede considerarse como estricta y exclusivamente comprendido en una sola de esas dos categorías, sino que puede figurar en una ó en otra según los casos, esa división, si bien limitada en su significado, merece conservarse, porque es exacto que mientras unos fenómenos histéricos se presentan preferentemente en forma de paroxismos, otros se manifiestan de modo lento y duradero. Además, no obstante ser cierto que los síntomas considerados aisladamente pueden ser unas veces accidentales y otras permanentes, también lo es que los síndromes se reparten con bastante precisión entre ambas categorías, y así el síndrome convulsivo es siempre necesariamente accidental, mientras que otros, como los paralíticos, por



ejemplo, suelen ser algo duraderos, prolongándose á veces mucho tiempo, sobre todo cuando tienen un origen traumático. Me parece, pues, que con las apuntadas reservas, debe aceptarse como expresión verídica de los hechos la supradicha división, la cual presta muy útiles servicios en la práctica orientando las investigaciones diagnósticas é inspirando los juicios pronósticos.

Una vez consignadas estas advertencias previas acerca de cómo debe interpretarse el significado de los trastornos accesorios y persistentes, procederé á enumerar los principales de los primeros según el orden lógico de sus semejanzas patogénicas y de sus caracteres sintomáticos.

Los paroxismos, crisis ó ataques de histerismo se distribuyen entre dos grandes grupos, el de los que se exteriorizan por manifestaciones generalizadas, y el de los limitados á fenómenos locales, en determinadas regiones del organismo; para distinguir los unos de los otros no sólo se atiende á la mayor ó menor extensión del territorio que abarcan los trastornos nerviosos, sino también á la participación que en el acceso toma la conciencia del sujeto; cuando ésta se perturba es evidente que la total personalidad psíquica interviene en la crisis, y debe ésta, por lo tanto, calificarse de general; inversamente, en los ataques limitados á fenómenos locales, circunscritos, permanece indemne la actividad consciente, asistiendo el sujeto con plena lucidez al desenvolvimiento del acceso.

Fundándose en estos dos caracteres que acabó de nombrar, alteración ó no de la conciencia, y mayor ó menor difusión de los trastornos somáticos, será, pues, posible discernir en cada caso si un acceso pertenece á la categoría de los generalizados ó de los locales.

En esta ordenación de los accidentes histéricos, que ni siquiera considero merecedora del nombre de clasificación, no aspiro, como ya he dicho, y no está de más repetirlo, á una impecable exactitud, sino que me conformo con reflejar la realidad de los hechos que más comunmente se observan en clínica, prescindiendo de aquellas curiosidades patológicas que rara vez se ofrecen á la atención del práctico.

Por eso me creo autorizado á no mencionar más que contadas formas de accidentes generalizados, divididas en dos clases, la de los psíquicos y la de los somáticos, advirtiendo que, tanto en unos como en otros, no sólo existen fenómenos psíquicos, sino que éstos son siempre los predominantes desde el punto de vista patogénico; pero si á los de la primera categoría les asigno la susodicha calificación, es porque en ellos los síntomas mentales merecen la primacía, lo mismo atendiendo á la génesis y al mecanismo fisiopatológico, que en cuanto á su importancia como factores sindrómicos; en el segundo grupo, por el contrario, los trastornos psíquicos, aunque siempre preponderantes como generadores del proceso en el orden fenomenológico, no son apenas aparentes.

En la sección de los accesos generalizados que he calificado de psíquicos, deben aislarse tres formas principales, que respectivamente se denominan: episodios ó estados delirantes, letárgico-catalépticos y de automa-

tismo; estas tres variedades no se hallan constituidas por elementos morbosos exclusivamente peculiares de cada una de ellas, sino que en todas existen combinaciones de los síntomas propios de una con las de las otras; así en los estados delirantes obsérvanse no pocos fenómenos automáticos, y en los accesos de automatismo sorpréndese también á menudo ráfagas y aún temas estables delirantes.

Definiré brevemente cada una de las tres formas citadas, recordando que los accesos de delirio, los cuales unas veces se presentan aislados y otras asociados ó consecutivos á los de convulsiones, se caracterizan por la producción de ideas falsas engranadas en sistemas inspirados en un motivo dominante, acompañándose á menudo de alucinaciones múltiples, vivas, adornadas con abundantes pormenores; el delirio histérico no es solo verbal, sino también de acción, reforzando los gestos, actitudes y movimientos la significación de las palabras. El argumento de estos episodios delirantes tal como es expresado por los enfermos, tiene mucho parecido con los ensueños de los individuos normales, viniendo á constituir como un sueño en estado de vigilia, y representando por consiguiente una variedad del onirismo, proceso psicopático, cuya importancia en patología mental ha sido muy bien estudiada por Regis (1).

Los accesos letárgicos se distinguen por caer el sujeto en un estado de inmovilidad, de inercia, de suspensión de las relaciones con el mundo exterior que superficialmente se confunde con el sueño natural, pero que se diferencia de éste por existir en aquel una acentuada tensión muscular, por la contractura de los músculos oculares extrínsecos y de los párpados en los que se advierte una fina vibración, por la irregularidad respiratoria, por la brusquedad de su comienzo y por la imposibilidad de ser despertado el durmiente mediante la aplicación de estímulos externos. Cuando la hipertensión miotónica á que antes he aludido se acentúa mucho, adquiriendo los segmentos corpóreos la propiedad de permanecer indefinidamente, sin apariencias de cansancio en las actitudes en que pasivamente se les coloca, prodúcense los estados catalépticos.

Los accesos de automatismo consisten en la ejecución de actos complicados, como andar, recorrer diversos lugares, vestirse ó desnudarse, coger objetos, emprender viajes, etc., con todo el aspecto de las acciones voluntarias y conscientes, pero sin que el sujeto se dé cuenta de lo que hace, ni luego lo recuerde. Estos ataques pueden ocurrir presentando el paciente las apariencias de la vigilia ó las del sueño, dando en este último caso lugar á las tan conocidas manifestaciones del llamado sonambulismo, divulgadas por la literatura.

No insisto en la especificación detallada de los caracteres propios de los accesos psíquicos mixtos porque resultan de la combinación de los descritos en los tipos simples que acabo de esbozar.

La segunda clase de las dos en que divido los accesos generalizados comprende aquéllos en que ostensi-

(1) REGIS, *Académie de Médecine de Paris*, 1901.



blemente predominan los sistemas somáticos; para su más clara exposición conviene admitir tres formas principales, entre las que existen numerosos grados de transición; esos tres tipos representativos de las más salientes cualidades de esta clase de paroxismos generales son la crisis de agitación afectiva, la de temblor generalizado y la convulsiva.

La primera no es otra cosa que la exageración patológica de las manifestaciones fisiológicas de la perturbación emotiva intensa; el sujeto, presa de una violenta excitación, aislado del exterior por la impetuosa explosión de sus sentimientos, desentendiéndose de cuanto le rodea, agitándose con irrefrenable inquietud, se retuerce los brazos, se desploma en los asientos ó se postra en el suelo, para rápidamente levantarse de nuevo, va de un lado para otro sin objeto, pronuncia frases entrecortadas, no escucha á los que le hablan, y aunque la conciencia no está totalmente eclipsada, pues alguna cuenta se dá de lo que en torno suyo sucede, la lucidez no es completa y el recuerdo de lo durante el ataque ocurrido no es perfecto; distingúense estas crisis de los estados similares normalmente provocados por las emociones muy vivas, no sólo por la mayor intensidad de los fenómenos propios de aquéllas, sino también por la falta de motivo justificado, por lo abrupto de su terminación, quedando el sujeto tranquilo sin las alternativas de remisiones y renovaciones del disturbio afectivo que fisiológicamente acaecen, y porque en las personas sanas existe en cada caso un matiz sentimental definido y uniforme, pena, desesperación, cólera, etc., mientras que en los histéricos cuando sufren estos accidentes, la calidad de los afectos aparentes es heterogénea y cambiante.

La crisis de temblor generalizado puede también considerarse como un equivalente de la expresión fisiológica de una profunda emoción, la producida por el miedo; pero en el histerismo los fenómenos que la exteriorizan no suelen responder á los sentimientos producidos por las impresiones terroríficas, y así no es raro ver á un individuo que violentamente tiembla con todos los segmentos de su cuerpo, mientras su rostro permanece tranquilo y aun sonriente; la periodicidad es bastante común en esta forma de crisis, conociendo se varios tipos de temblor histérico intermitente, y habiendo yo hace pocos años comunicado á la Academia Médico-Quirúrgica algunas observaciones de esta índole (1).

La crisis convulsiva es la más frecuente de las tres especies que he distinguido en el grupo de los accesos somáticos generalizados. Desechada ya por artificiosa la división que estableció la escuela de la Salpêtrière en ataque mayor, con una compleja serie de fases y períodos, y ataques menores, hoy se admiten como principales caracteres propios de los accidentes convulsivos histéricos, el comienzo relativamente menos súbito que en los accesos epilépticos, la existencia de fenómenos prodrómicos bastante prolongados, la

caída al suelo gradual sin inferirse traumatismos de importancia, la pérdida no siempre absoluta de la conciencia; la alternancia varias veces repetida de los fenómenos clónicos y tónicos, la gran amplitud y caprichosas trayectorias de las convulsiones, la duración más larga que la de los paroxismos comiciales, la falta de mordedura de la lengua y de emisión involuntaria de orina, así como la no presentación del signo de Babinski, siendo dudoso el valor diferencial de la ausencia de rigidez pupilar.

Estos son los más importantes y característicos tipos de accesos histéricos generales, á los que pueden referirse cuantos en la práctica se observan, con rasgos no tan netos como los descritos, siendo muy frecuentes las formas abortadas, mixtas y de transición.

En cuanto á los accidentes locales, su número es tan considerable, que hasta su mera enumeración escueta resulta imposible, pues apenas si hay un solo síntoma histérico, que no pueda, apareciendo repentinamente y desapareciendo con rapidez, convertirse en expresión accasional de la psiconeurosis.

No siendo factible la mención aislada de todas estas formas de crisis localizadas, me conformaré con decir, que existen variedades motoras, consistentes en parálisis fugaces y más frecuentemente contracturas, espasmos, sacudidas y temblores parciales; sensitivas, constituidas por dolores, parestesias, etc.; de los sentidos especiales, diplopia, blefarospasmo, ceguera, sordera, ruidos de oídos, etc.; del aparato digestivo, vómitos, paroxismos aerofágicos, timpanismo, etc.; del circulatorio, representadas por variadísimos trastornos vaso-motores, con constricción ó dilatación vascular accidental, palpitaciones, pseudo angina de pecho, etcétera; del respiratorio, ataques de tos, de disnea, de hipo, de diversos y extraños ruidos, imitando los gritos de los animales, etc.; del urinario, poliuria, polaquiuria, disuria, etc.; del genital, vaginismo, accesos de excitación genésica, etc. Todos los sistemas y aparatos orgánicos, en suma, pueden ser asiento de muy diversas manifestaciones paroxísticas del histerismo.

La concisa relación precedente permite apreciar la inmensa variedad de apariencias sintomáticas que los accesos histéricos pueden ofrecer; si el rápido recuento que de ellos he llevado á cabo, trazando un á modo de índice abreviado de los mismos, permite retenerlos en la memoria para los fines diagnósticos, habré logrado el objeto que me proponía al escribir este trabajo.

Madrid, 15 Enero, 1920.

## I CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA (1)

### Crítica de los métodos modernos de extracción de la catarata

POR EL

DR. IGNACIO BARRAQUER Y BARRAQUER

Profesor A. T. de Oftalmología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, Profesor H. del Instituto Rubio de Madrid.

Inútil decir que consideramos origen de muchos peligros, y de resultados incompletos de la operación, á la quistito-

(1) Véase el número anterior.

(1) FERNÁNDEZ SANZ: SIGLO MÉDICO, núm. 8.269, 1917, y *España Médica*, núm. 219, 1917.



mía, por cuyo motivo no voy á ocuparme de ella sino para manifestar el deseo de verla desaparecer en la mayoría de casos de la práctica de la extracción, como no dudo veremos con el tiempo, cuando se adopten los procedimientos capsulo lenticulares, que tantos calificamos de ideales, pero de practicarla, es preferible la escisión con las pinzas á la simple incisión con el cuchillo ó el quistotomo.

La extracción lenticular debe hacerse por medio de presiones y cucharillas que cada operador maneja á su modo, y es el mejor el que más se tiene acostumbrado. Pensamos con Laper-one, Easnhnig Manaco, Marque y Adario, que el lavado de la cámara debe ser suprimido por perjudicial si el líquido tiene mucha presión, é inútil caso de tenerla débil.

Huelga, señores, emplear palabra alguna en la demostración de la superioridad de una operación que de una sola vez deja del todo limpio el campo pupilar de opacidades ó de restos y órganos opacificables.

En el espíritu de todo oculista domina, en cuanto á esta operación, el intensísimo deseo de poseer un modo de alcanzar con ventaja sin peligros dicho ideal, y la costumbre, el clasicismo, de las operaciones parciales nos tiene habituados á despreciar la permanencia de restos en el campo operatorio; pero si en el orden histórico hubiese precedido la extracción total á la parcial no hay palabras para ponderar la desilusión que en nuestro ánimo producirían las operaciones incompletas: iluminemos con el fotóforo las pupilas recién operadas por ambos procedimientos y quedaremos encantados de la limpieza total y absoluta después de la extracción capsulo-lenticular: ninguna extracción lenticular, aun la combinada, le es comparable, examinada con tan potente iluminación, y si á esto se logra agregar la conservación de la redondez de la pupila, y la viveza de sus movimientos, nuestro entusiasmo sube de punto y adquirimos remordimientos al dejar estas pupilas impuras, siempre veladas, en parte á lo menos, de las extracciones parciales. La maturation artificial, la quistiectomía, el lavado de la cámara son otros tantos esfuerzos infructuosos para lograr de un modo absoluto, la limpieza pupilar después de la operación y la mejor prueba del anhelo, y los esfuerzos llevados á cabo por tantos compañeros.

La superioridad de las extracciones totales fué vista ya por Daviel, ensalzada calurosamente por Sharrp, ocho años después, y por otros intentada muchas veces, pero no fué descrita como un procedimiento con sus reglas fijas, nacidas de la práctica, hasta Pagesteher.

¿Debo esforzarme en hacer resaltar las ventajas de la extracción total? ¿Debo emplear un tiempo que escasea, y convencerlos de lo que está en el ánimo de todos? Si no se practica con mayor frecuencia, si no se adopta como procedimiento general, no es ciertamente por falta de aquel convencimiento, sino por las relativas dificultades de la técnica, y por el temor de las pérdidas de vítreo. Nada de extrañar tiene la dificultad de adoptarse que encuentra la extracción total; recuérdese que al principio del siglo pasado, y después de cincuenta años de entusiasmo por el descubrimiento de Daviel, y haberse usado corrientemente, fué casi del todo abandonado en Francia, gracias, sobre todo, á los esfuerzos en favor de la depresión, hechos por Scarpa y Dupuytren. Ninguno de los varios modos, ninguna de las diversas maniobras de desprender el saco capsular entero, ya sea el delicado paso de una cucharilla por la fosa patelar, ya la sección de las fibras zonulares con el zonulotomo, puede ser comparado con la sencilla comprisión sobre el saco capsular abierto por quistotomía; si bien es un sistema primitivo, defectuoso y de resultados incompletos, tiene á su favor la facilidad extremada de su ejecución. Al dejar masas en el

campo pupilar decimos con sobrada frecuencia: se absorberán espontáneamente, y se dejan á la reabsorción espontánea. Pero este consuelo, que oculta nuestra impotencia, ó mejor, la impotencia de la maniobra, no es en realidad consuelo completo, no nos tranquiliza, ya que tenemos la catarata secundaria, la hernia del iris, la iritis, y nos esforzamos en inquirir con gran interés, durante los primeros días que siguen á la operación, si se presenta la indicación de usar la eserina ó la atropina.

Admitida la superioridad de un procedimiento que no deja huellas de la opacidad, evita la catarata secundaria, inmediata y tardía, que no expone á la iritis, que evita también las operaciones secundarias, que no es, en fin, un procedimiento incompleto, que no representa la defectuosa curación de un quiste por medio del vaciado imperfecto, sino que extirpa del todo la catarata y todos los tejidos cataractales, faltaba encontrar un modo de llevar á cabo con sencillez, con facilidad y sin peligros.

Para entrar la cucharilla en la fosa patelar tiene que romperse antes de alcanzarla las fibras de la zónula que se insertan en la cristaloides anterior, debe entrar en el canal de Hannover ó de Petit, romper después las fibras zonulares posteriores; y las maniobras entre tejidos tan delicados, expone á la rotura de la hialoides y á la consiguiente pérdida de vítreo. Y no sólo se ha de originar la pérdida del humor vítreo en la rotura directa de la hialoides por los bordes de la cucharilla, sino que también se ha de producir por la ocupación de la fosa y la consiguiente compresión del vítreo que encuentra camino fácil en la parte del espacio perilenticular desprovista ya del refuerzo de la zónula. Además, los procedimientos con cucharilla obligan á la creación del colograma del iris siempre digno de ser evitado.

¿Qué diré de la maniobra de instrumentos por detrás del iris en el espacio perilenticular? Pocos imitadores tendrán los señores Jacobsson, Gradenhigo y H. Kun por iguales motivos que los antedichos.

La extracción total por medio de presiones no tranquiliza más á los prácticos ante el temor de aquella pérdida, y si bien los compañeros que han visto las operaciones de Smith vienen encantados de la destreza del maestro, la violencia del proceder privará con toda certeza su adopción como procedimiento corriente: requiere además la mutilación del iris.

El sistema de presión neumática [que puse en práctica por primera vez en Diciembre de 1916 por medio del aparato de Redart, perfeccionado, posteriormente ejecutado con un instrumento *ad hoc*, había sido empleado en seis casos, sin conocimiento mío, por Hulen, en 1910, en el Estado de Texas, pero fué abandonado por el autor y no se construye ya en los Estados Unidos el instrumento de dicho compañero. Después de varias semanas de publicada la operación, el Dr. Coderque, de León, describió un procedimiento análogo que no había aplicado al hombre y que había hecho del mismo infructuosos ensayos en el perro. La facoerisis, que con este nombre quedó bautizada esta operación, carece de la violencia de otros procedimientos totales y se practica á cielo abierto, sin peligro de romper la membrana hialoides, ejerciendo suave tracción sobre el cristalino, una vez hecha presa en él por medio del vacío.

Con este procedimiento he operado la mayor parte de variedades de cataratas, exceptuando las membranosas, y queda indicada la operación de un modo preciso en las seniles, maduras ó no, ultramaduras y en las sintomáticas de la miopía. En esta última es ventajosísimo el procedimiento.

No me parece necesario abusar de la atención del Congreso con la minuciosa descripción del procedimiento publi-



cado por tantas revistas, mayormente cuando en otra comunicación expongo las complicaciones, los medios de evitarlas y doy cuenta de mi estadística.

### Conclusiones.

1.<sup>a</sup> Además de los cuidados preparatorios, usados en toda operación en cuanto se refiere al local, utensilios, instrumentos, operador y enfermo, deben lavarse los párpados una vez jabonados con nitrato de plata al 4 por 100. Se usará guantes de algodón esterilizados.

2.<sup>a</sup> La fijación se hace con el elevador de Desmarres y la pinza de Landolt.

Esta se suelta cuando se ha tallado el colgajo.

3.<sup>a</sup> La mayor perfección de éste consiste en la sutura. El colgajo conjuntival habrá sido en el desarrollo del progreso, el puente que conduce á ella.

4.<sup>a</sup> Debe evitarse la iridectomía. Si en algún caso se cree indicada, será periférica.

5.<sup>a</sup> La mejor extracción es la facoerisis, en las cataratas seniles maduras ó no, en las morganianas, en las de miopia fuerte y en la mayor parte de las sintomáticas y complicadas.

6.<sup>a</sup> Conviene considerar, como uno de los tiempos más importantes, el aseo cuidadoso que asegura la falta de toda interposición entre los labios de la herida y una miosis graduada.

7.<sup>a</sup> El apósito ha de limitarse á la región operada y fijar se tan sólo á su alrededor.

8.<sup>a</sup> Para privar el desarrollo de los gérmenes que durante la curación arrastra en crecimiento ó la caída de las pestañas, se embadurnarán los bordes de los párpados con pomada de sublimado.

### SOBRE MIL FACOERISIS

#### Proyecciones cinematográficas.

Mucho se ha escrito y hablado sobre facoerisis, desde que presenté la primera nota á las Academias, y muchos han sido los distinguidos compañeros que, ávidos de experimentar un procedimiento con el que se logra la extracción total de las cataratas en todas sus variedades, con el minimum de accidentes, guiándose solamente por los escasos datos por mí publicados hasta la fecha y por los comentarios que hayan podido leer de los compañeros oculistas, españoles y extranjeros, que me han visto operar en la Facultad de Medicina de Barcelona, han adquirido un pseudo erisifaco, de los varios que se han fabricado por diferentes instrumentistas, ensayándolo sin conocer mi técnica, ni la manera como vencí los primeros escollos.

Hoy que casi todos estamos reunidos, me complaceré en explicar sucintamente el origen y vicisitudes del procedimiento é instrumental, hasta haber logrado un *modus faciendi* que me ha permitido obtener excelentes resultados en más de los mil casos que figuran en la estadística con que termino.

Convencido de que no debíamos hacer extracciones parciales, por ciertas imperfecciones del método, ensayé, durante una serie de meses, los procedimientos existentes de extracción total sin que de ninguno de ellos quedase enteramente satisfecho, si bien me parecieron mejores los que sacaban el cristalino cogiéndolo y estiránolo, á pesar de que la friabilidad de la cápsula á menudo convierte este procedimiento en una extracción por quistitómia; buscaba un instrumento para coger el cristalino con suficiente fuerza y arrancarlo de la zónula con la suavidad indispensable para no desgarrar su tenue envoltura; la naturaleza me los proporcionó en los tentáculos de los pulpos, en los dedos de

las reinetas y en las extremidades de las sanguijuelas, que con sus ventosas agarran fuertemente y sin violencia. Decidí, pues, construir una ventosa artificial que reuniera las condiciones necesarias para coger y arrancar el cristalino.

La cánula del aspirador de Hedard, en forma de cúpula, sirviome para mi primer ensayo. Convencido teóricamente de que los ojos de cadáver ó los de animales no me servirían para el ensayo, dado que las condiciones de resistencia de la zónula, elasticidad del iris y consistencia del cristalino son muy diferentes de las del enfermo, con cataratas, introduje dicha cánula montada en el aspirador, al través de la incisión en forma de colgajo, á un paciente con catarata senil madura, y al convencerme de la imposibilidad de hacerla penetrar por la pupila para adaptarla sobre la cristaloide anterior, como era mi propósito, practiqué una amplia iridectomía, después de la que con suma facilidad quedó dicha cánula aplicada, procurando se adhiriera por medio de una fuerte succión bucal, lo que logré, pero no con la fuerza necesaria para arrancar el cristalino, rompiéndose la zónula: después de varias tentativas en las que procuré aumentar la fuerza de mi succión, logré mi propósito y aquel primer enfermo á los cinco días disfrutaba de una agudeza visual igual á 1.

Las dimensiones de dicha cánula eran excesivas y la intensidad de mi succión insuficiente, y construí para mi segundo ensayo unas ventosas más pequeñas, un recipiente con vacuómetro y una bomba aspirante, que me permitieran experimentar cuál debía ser el área de la ventosa y cuál la intensidad del vacío. Teniendo en cuenta que la resistencia de la zónula, y la friabilidad de la cápsula son distintas según los caracteres físicos de la catarata, edad y estado general del paciente, hice este segundo ensayo en once enfermos en el mismo día, con iridectomía todos ellos, convenciéndome, en el acto operatorio, de que la intensidad del vacío debía oscilar entre 50 y 60° y estar en razón directa con la dureza de la catarata, y el área de la ventosa en razón directa de la blandura.

En ensayos sucesivos con el fin de evitar la rotura de la cápsula, doté á mi ventosa de un borde plano, de límites romos.

Algunos enfermos, contra lo que yo esperaba, tenían iritis é iridocoroiditis, por enclavamiento de las fibras de la zónula en los labios de la herida, y para evitarlo intenté desde aquella fecha practicar la extracción simple para que el miosis eserínico reentrara todas las fibras después de la intervención. La gran dificultad de introducir la ventosa por el esfínter obligóme á instilar midriáticos antes de la operación, y si bien en aquellas extracciones simples no tenía enclavamientos de las fibras de la zónula, las hernias del iris postoperatorias afeaban la mayor parte de mis operados.

Otro inconveniente de la extracción simple era la dificultad de atravesar la pupila siempre menor que el diámetro de la catarata, inconveniente que vencí haciéndola salir por el borde superior: colocando la ventosa en la mitad inferior del cristalino, sin llegar á su periferia doy un movimiento de vástula que adelanta aquel borde insinuándole en la pupila. Sin esta maniobra la resistencia del esfínter suelta la catarata, y al aplicar de nuevo la ventosa para hacer presa por segunda vez podría aspirarse una porción del vítreo á través del espacio dejado por algunas fibras zonulares rotas ya con la primera tentativa.

A pesar de que las dimensiones del colgajo no eran mayores que de ordinario, tuve repetidas veces colapsos de la córnea é inversiones de aquél, que evité suprimiendo la intensa coacción que con objeto de lograr la midriasis



necesaria venía practicando y sustituyéndola en cuanto á sus efectos irían por la instilación de colirio de eufatmina.

Las hernias de vítreo han sido raras y siempre originadas por movimientos bruscos del enfermo ó contracciones del orbicular.

En revistas, cartas y conversaciones, se ha imputado á este procedimiento la necesidad de hacer un colgajo mayor, la facilidad de hundir el cristalino en el vítreo al emplazar la ventosa, la posibilidad de aspirar el vítreo, la de pellizcar el iris entre ventosa y cristalino, etc., etc., objeciones y accidentes debidos únicamente á la poca destreza quirúrgica del operador ó á deficiencias de su instrumental.

En las películas cinematográficas que voy á proyectar, y que son mis primeros ensayos de material docente, podrá compararse la inocuidad y rapidez de la facoerisis, con las repetidas maniobras de la quistitómia y con los magallamientos del ojo en el Smith y formarse un concepto claro de la técnica de dicha operación.

En ellas debéis fijaros en las dimensiones del colgajo, en la manera de pasar la ventosa por el esfínter y en el movimiento de vástula necesario para retirarla con la catarata.

Dejando aparte los primeros grupos de enfermos que empleé para fijar la técnica que actualmente sigo, la estadística de mis primeros mil casos es la siguiente:

Operados.....	1.000
Hernias del vítreo.....	7
Inversiones de colgajo.....	2
Roturas de cápsula.....	4
Luxaciones de cristalino.....	3
Infecciones.....	2
Hernias del iris.....	7
Hemorragias cámara anterior.....	5
Enclavamientos zónulas.....	5
Agudeza visual entre 0,1 y 1 ..	694 69,5 por 100
— entre 0,3 y 0,7 ..	240 24 —
— entre 0,0 y 0,3 ..	63 6,3 —
— 0,0.....	3 0,3 —
Colgajo conjuntival .....	685
— con sutura previa.....	315
Extracción simple.....	219
— con brecha periférica.....	530
— combinada.....	251

Antes de acabar debo aconsejar á mis compañeros el empleo de la *facoerisis* en todos los casos de catarata senil, haciendo extracción simple en las cataratas seniles duras, ó en las retraídas y en enfermos dóciles de buen estado general que pasen de sesenta años. Extracción con brecha iridiana periférica en los casos en que se tema la hernia del iris, reservando la iridectomía para las cataratas muy hinchadas é incipientes en sujetos jóvenes. El colgajo es preferible con sutura previa.

El erisifaco debe ser perfecto en todos sus ajustes y dimensiones, sus válvulas deben manejarse con suavidad y producir el efecto deseado con rapidez. La fuente de vacío debe ser constante, regulable y su intensidad sostenida aunque se accionen las válvulas del erisifaco varias veces.

(Proyección cinematográfica de una extracción de catarata por quistitómia; extracción total de una catarata por procedimiento de Smith y seis operaciones de facoerisis.)

Barcelona, Abril de 1919.

No habiendo tenido, con sorpresa, el gusto de leer esta ponencia, ni la comunicación, en los Anales de Oftalmología Hispano Americanos, la más importante revista de la Especialidad, que se publica en nuestro país, he creído deber rogar á EL SIGLO MÉDICO su publicación, dada su notoria originalidad é interés. Abonan ésta mi calificación de la ponencia del Dr. Barraquer, los trabajos críticos que han pu-

blicado muchos periódicos profesionales, como, por ejemplo, las siguientes frases que copio del *Ideal Médico*, número de Julio último, página 170 «...Debo decir que la sección IX en pleno aplaudió entusiasmada á Barraquer, por su laboriosidad y por la bondad del procedimiento, del que quedamos todos convencidos. Un señor de Asturias, cuyo nombre no recuerdo, propuso que se tributara un homenaje á Barraquer, haciendo que la Facoerisis se conociera en Oftalmología con el nombre de *Procedimiento Barraquer de la catarata*; excuso decir á usted que ante esta manifestación estalló una ovación tan formidable que emocionaba, no sólo á los de la sección, sino á los de otras que acudieron para enterarse de lo que pasaba y que participaron del entusiasmo. Créame, amigo Ruiz Maya, que no se me olvidarán nunca aquellos momentos en que se confundían la ciencia y el amor patrio, para tributar un homenaje al hombre que demostraba tener por mayor estímulo para el trabajo el engrandecer el nombre de la Patria.

No; no es malo todo en España; hay mucho bueno en ella, y es menester publicarlo con valor y á los cuatro vientos.

¡Honor á Barraquer! Sirva la sesión de aquella tarde memorable como estímulo para todo el que quiera trabajar con fe.

DR. EDUARDO TELLO.

Pedro Abad, Julio, 1919.

El Dr. García Boentes escribe en el número 84 de *La Medicina Ibero*:

«La nota más interesante de la sección la dió sin duda alguna el Dr. Barraquer, con su ponencia «Crítica de los procedimientos modernos de extracción de la catarata», y con su comunicación sobre mil facoerisis, con proyecciones cinematográficas... Resumen: una ponencia interesantísima, unas cuantas comunicaciones de interés y positiva enseñanza, entre una porción de casos vulgares, que robaron un tiempo precioso.»

Añade el Dr. Boentes: «Salvo excepciones (no muchas), predominaron en la labor de la Sección los lugares comunes, las divagaciones alrededor de temas resabidos y manoseados: las pacientes recopilaciones alrededor de lo ya dicho y repetido en libros, monografías, artículos de revistas, etcétera, etc... Y no fueron, ciertamente, en general las ponencias oficiales las que constituyeron la excepción de lo que vamos diciendo».

J. M. RIBELLES.

## Periódicos médicos.

### MEDICINA INTERNA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de las complicaciones pulmonares de la gripe, por el Dr. Vergnoux. — Nos ocuparemos sobre todo del tratamiento de la bronconeumonía gripal tan mortífera en la última epidemia y procuraremos hacer un resumen del tratamiento que en el servicio de contagiosos del hospital mixto de Angulema en plena epidemia y en varios casos particulares nos ha dado los mejores resultados.

Este tratamiento puede ser también empleado en toda bronconeumonía primitiva ó consecutiva á una enfermedad infecciosa.

En la bronconeumonía cuyo tipo es el de una enfermedad toxica infecciosa grave, hay que combatir los dos síntomas que solos ó asociados son causa de su letalidad.

1.º La infección, que objetivamente se traduce por una



temperatura elevada que puede llegar á 40,5 y más, acompañada á menudo de hepatización del pulmón con soplos, estertores crepitantes ó subcrepitantes en la región atacada.

El enfermo tiene generalmente disnea, aumentando el número de sus inspiraciones para compensar la disminución del campo respiratorio.

Conviene contar con frecuencia el número de respiraciones en el curso de la enfermedad para darse cuenta de sus progresos ó de su regresión y ver si el enfermo está amenazado de asfixia.

Esta disnea mecánica que coincide con una fuerte hipertermia, no debe confundirse con otra de orden tóxico, menos grave á nuestro parecer, observada en la declinación de la enfermedad y que no va acompañada de ninguna elevación de temperatura.

2.º *La intoxicación*, que se traduce sobre todo por aceleración y debilidad del pulso.

Los centros nerviosos están excitados por la gran cantidad de toxinas existentes en el organismo.

¿Cómo luchar contra la infección, detener la invasión masiva y brutal, el verdadero bloqueo del pulmón que traerá como consecuencia la muerte por asfixia?

Han sido utilizadas las inyecciones intravenosas ó subcutáneas de varios metales coloidales, pero se han observado con frecuencia después de éstas, reacciones violentas que han limitado su empleo á pesar de que á veces produzcan un descenso momentáneo de la temperatura. Hay que desconfiar, en efecto, de esta hipotermia que puede proceder de un *surmenage* cardíaco.

Se han empleado también varios sueros ó vacunas: antineumocócico, antistreptocócico, antipeiffer, antipestoso, con diversos resultados. Su multiplicidad, y la incertidumbre en que nos encontramos todavía sobre el agente causal de la gripe (microbio ó virus que pasa á través del filtro) hacen pensar que no hay ninguno que sea específico.

Por lo tanto sólo se puede proceder por analogía. Encontrándose el pneumococo en la mayor parte de los casos y siendo el estreptococo un microbio de complicación, particularmente peligroso, creemos que se pueden inyectar sin inconveniente 20 c. c. de cada uno de los sueros antineumocócico y antistreptocócico, no sólo para combatir directamente la infección, sino para despertar las defensas excitando la fagocitosis.

Pero creemos que es, sobre todo, en los antisépticos de los bronquios en quienes debemos depositar nuestra confianza. Inhalaciones, fumigaciones en la habitación del enfermo, cuando su estado de postración impide hacerlas directamente. Hay, sin embargo, que llegar á las ramificaciones capilares de los bronquios, donde se encuentran los gérmenes infecciosos, y para esto, el oxígeno y las inyecciones oleosas antisépticas nos han dado magníficos resultados.

El neumónico debe tener constantemente á su lado un balón de oxígeno con el fin de crear en sus bronquios una atmósfera *sobreoxigenada*.

Las inyecciones oleosas antisépticas subcutáneas son un excelente medio de alcanzar los bronquiolos; gracias á las lipasas de la sangre, el aceite se emulsiona, penetra en la circulación y lleva el antiséptico á los pulmones, donde alza directamente sobre los gérmenes infecciosos.

La fórmula siguiente es particularmente recomendable:

Guayacol.....	5 gramos.
Eucaliptol.....	20 —
Alcanfor.....	20 —
Aceite de olivas esterilizado.....	100 —

Muy antiséptica y rica en alcanfor que obra además como tónico cardíaco, esta solución casi indolora en inyecciones

subcutáneas, debe ser empleada á altas dosis: hasta 20 c. c. por día, en dosis fraccionadas y según la gravedad del caso.

Cuando la fiebre baja, se disminuye la dosis, vigilando siempre el funcionamiento del riñón.

Exteriormente, para derivar la congestión pulmonar, se impone una *revulsión enérgica* pudiéndose utilizar las toallas mojadas frías ó calientes, simples ó sinapizadas, renovadas con frecuencia, ventosas, simples ó escarificadas, grandes cataplasmas sinapizadas, etc.

Nosotros damos la preferencia á las ventosas secas, en gran número y mantenidas hasta la formación de pequeñas flictenas, y alternadas con sinapismos cuya acción se gradúa por una aplicación más ó menos larga.

Para atenuar el dolor que á veces sigue al empleo de estos agentes, se espolvoreará la región con la fórmula siguiente que seca rápidamente las flictenas:

Aristol.....	8 gramos.
Subnitrito de bismuto.....	3 —
Talco.....	100 —

No hay que decir que una medicación interna balsámica y estimulante difusible, es de absoluta necesidad.

Las dos pociones siguientes, *alternadas*, nos han dado muy buenos resultados.

1. Tintura de digital.....	XX gotas.
Sulfato de esparteína.....	5 centigramos.
Solución de adrenalina al 1 por 1.000.....	XX gotas.
Tintura de belladona.....	} aa XXX gotas.
Tintura de acónito.....	
Benzoato de sosa.....	2 gramos.
Terpina.....	1 —
Jarabe de ipecacuana.....	10 —
Jarabe de codeína.....	30 —
Jarabe de Tolú.....	40 —
Agua de azahar.....	C. s. para 150 c. c.

Para tomar en el día una cucharada de las de sopa cada hora.

2. Acetato de amoníaco.....	10 gramos.
Poción de Todol.....	150 c. c.

Para tomar una cucharada de las de sopa cada hora.

La primera fórmula, un poco compleja aparentemente, contiene una asociación de medicamentos cardíacos y de adrenalina que contribuye al sostenimiento del corazón y á suplir la insuficiencia suprarrenal observada frecuentemente en el curso de la enfermedad, evitando colapsos posibles.

La segunda es clásica en el tratamiento de la neumonía.

Para evitar la acumulación se suprimirá la digital de la poción 1, al cabo de una semana, sin perjuicio de volverla á poner más tarde, si fuese necesario.

Para combatir la fiebre y los dolores musculares, se utilizará de preferencia el bromhidrato de quinina, asociado á la aspirina y al piramidón en los siguientes sellos:

Bromhidrato de quinina.....	0,50 gramos.
Aspirina.....	} aa 0,25 —
Piramidón.....	

Para un sello, igual núm. 8, dos por día en ayunas.

Como adyuvantes del tratamiento se introducirán varias veces al día en las fosas nasales pequeños trozos de algodón esterilizado, impregnados en el aceite antiséptico siguiente:

Eucaliptol.....	8 gramos.
Gomenol.....	5 —
Aceite de vaselina esterilizado.....	30 —

Se procurará que la habitación bien ventilada, indirectamente, esté á una buena temperatura constante para evitar todo enfriamiento al enfermo.

Los síntomas de intoxicación: aceleración del pulso, presencia en la orina de albúmina, azúcar, urobilina ó de pig-



mentos biliares, se combatirán con bebidas tibias abundantes (2 ó 3 litros por día), tila, caldo de legumbres, infusión de borrajas, eucalipto, leche caliente con ron ó coñac, que producirán una gran diuresis, haciendo desaparecer la albúmina y los demás elementos patológicos por la dilución de las toxinas.

Aun cuando la fiebre haya desaparecido, se deben continuar durante algunos días las inyecciones oleosas hasta que hayan desaparecido todos los síntomas pulmonares y la respiración sea completamente normal.

De este modo, con una terapéutica juiciosa, pero en todos los momentos guiándose constantemente por la observación del pulso, de la temperatura y de la respiración, será posible, sin otros medios que los balsámicos, los agentes físicos y algunos antisépticos, triunfar de una de las más graves enfermedades del pulmón contra la que á veces hemos parecido estar desarmados. (*Journal des Praticiens*).—*J. Ferrero*.

**2. Tratamiento de la parálisis general por medio de la infección con los espirilos de la fiebre recurrente, por Plaut y Steiner.**—Conocido es el efecto beneficioso de las enfermedades infecciosas (pneumonía, fiebres eruptivas, etcétera), sobre los paralíticos generales, hecho que dió lugar á diversos tratamientos que determinaban reacciones febriles: unos utilizando medicamentos (abscesos de fijación, nucleinato de sosa), otros inyectando microbios muertos ó sus productos (vacunas de estafilococos, estreptococos, tuberculina) y, por fin, otros más recientes, inyectando parásitos vivos fácilmente tratables. Así, *Wagner v. Jauregg* infectó á los paralíticos con plasmodias páldicas, y ahora *Plaut y Steiner* utilizan los espirilos de la fiebre recurrente, que como es sabido, son rápidamente extinguidos en el organismo por el tratamiento salvarsánico (salvarsán, neosalvarsán, salvarsán argéntico) y no pueden, por tanto, ser perjudiciales para el enfermo.

El fundamento de este tratamiento parece ser activar la reacción defensiva del organismo contra los espiroquetes de la sífilis, inyectándoles á los paralíticos otros gérmenes de grupo semejante (espirilos de Obermaier) contra los cuales el organismo reacciona violentamente. Se intenta con ello determinar reacciones de grupo, que ayudadas después por el tratamiento específico, común á ambas infecciones parasitarias, dé lugar á una remisión ó curación de un proceso tórpido é incurable por la terapéutica específica común. Estas investigaciones tienden, pues, á superar á los recientes procedimientos intrarraquídeos é intracraqueales, utilizando fundamentos biológicos nuevos.

Los resultados obtenidos en los seis casos tratados durante ocho meses, por *Plaut y Steiner*, no permiten aún conclusiones definitivas; pues fueron hechos en paralíticos avanzados, recluidos ya en el manicomio, siendo de desear que se repitan con enfermos incipientes de consultorio, cuando el proceso inflamatorio no es aún muy profundo y las esclerosis secundarias poco marcadas. Sin embargo, algunos de los hechos observados merecen atención como indicadores de nuevas rutas de investigación.

El más importante de estos hechos, á nuestro entender, es la facilidad con que se modifican en algunos casos las reacciones de la sangre y del líquido cefalorraquídeo con una ó dos dosis de productos salvarsánicos cuando los enfermos han sido previamente atacados de la fiebre recurrente, contrastando con la dificultad para conseguir este mismo resultado en paralíticos generales tratados solamente por el salvarsán ó neosalvarsán, sin infección previa de fiebre recurrente. De los seis casos infectados de fiebre recurrente, sólo trataron cuatro (casos 1, 2, 5, 6) con productos

salvarsánicos, y en dos se hizo negativo el Wassermann de la sangre con dosis totales de 1,1 de neo en uno, y de 1,2 de neo 0,5 de salvarsán argéntico en el otro (casos 2 y 5); en otro caso (caso 1) se hizo negativo el Wassermann del líquido cefalorraquídeo con 1,1 de neo, y en el otro caso se hizo más débil con 0,6 de neo.

Este efecto no puede atribuirse sólo al salvarsán, porque éste no es capaz de actuar tan rápidamente en los casos de parálisis general. Tampoco es debido á la acción recurrente, porque en los dos casos que solo fueron tratados por ésta (casos 3 y 4) sin inyección de neo, no se modificó el Wassermann de la sangre ni del líquido. Es, pues, el efecto de la combinación del tratamiento salvarsánico con la hiperactividad defensiva del organismo, desarrollada al reaccionar contra la fiebre recurrente.

Dignas de ser anotadas son otras modificaciones del líquido cefalorraquídeo, como el aumento considerable de la linfocitosis, llegando en algún caso á variar de 30 células á 1.059, unas veces con bastantes polinucleares, otras con pocos; este fenómeno depende indudablemente de la reacción meníngea á la infección del espirilo recurrente; pues fué comprobada también en casos de demencia precoz sin sífilis. El contenido de globulinas no parece alterarse.

Las modificaciones clínicas se hicieron bien patentes en dos de los seis casos tratados, los cuales presentaron una marcada remisión de síntomas mentales y de algún síntoma físico (temblor, lenguaje, reacción pupilar), y los autores suponen que en casos incipientes, esta acción eficaz terapéutica será aún más manifiesta.

De lo dicho se deduce que estas experiencias vislumbran otro posible tratamiento de la parálisis general, pero desde luego tendrá que circunscribirse como los procedimientos intrarraquídeos é intracerebrales, á los casos incipientes, pues en los avanzados parece también ineficaz. (*Recurrenteninfektionen bei Paralytikern*, *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, Diciembre, 1919).—*G. R. Lafora*.

## PATOLOGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Sobre la eliminación del iodo por la saliva en los enfermos y en los sanos, por el Dr. Zak.**—El autor ha hecho sus investigaciones tratando de determinar las alteraciones de permeabilidad vascular que darían lugar á la producción de los edemas en diversas enfermedades y principalmente en las renales, es decir, ha intentado determinar el factor extrarrenal existente en los casos de nefropatías con edema. Administraba yoduro sódico en solución acuosa en inyección en el brazo y recogía después la saliva cada medio minuto en una serie de cápsulas. Así determinaba al cuánto tiempo de puesta la inyección se encontraba iodo en la saliva en cantidad suficiente para ponerle de manifiesto. De los experimentos hechos en personas sanas resulta que la eliminación salivar comienza á los nueve minutos y cuarenta segundos, por término medio, con un mínimo de seis minutos y medio y un máximo de once y medio para los hombres y un término medio de siete minutos y cuarenta y dos segundos con un mínimo de seis minutos y un máximo de diez para las mujeres.

Luego hizo Zak sus ensayos en enfermos con osteomalacia con ó sin edemas, algunos con poli y polakiuria y uno incluso con nefritis, y observó que la eliminación se hallaba muy acelerada presentándose al cabo de cinco minutos y catorce segundos, por término medio, con un mínimo de cuatro minutos y un máximo de seis minutos y medio. También han presentado eliminación acelerada nefríticos edema-



tosos que se hallaban en momento de eliminación de sus edemas.

Ahora bien, otros enfermos sin edemas, por ejemplo tuberculosos, también presentaban aceleración de la eliminación salivar del iodo de modo que ó las glándulas salivares tanto de los primeros enfermos como las de los segundos presentaban una hiperactividad patológica, ó es que intervienen otros factores por el momento desconocidos. El autor ha organizado experimentos en animales para investigar estos puntos aun dudosos y se reserva la publicación de los mismos hasta que los tenga terminados (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 15 de Noviembre de 1919).

## OFTALMOLOGIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Lesiones oculares consecutivas á las inyecciones de vacuna antitifoidea.**— *Observación de keratitis herpética febril:* Hace algún tiempo que los periódicos profesionales se ocupan con gran interés de las lesiones oculares, que se han manifestado en algunas personas, después de ser inoculadas con vacuna antitifoidea.

El Dr. R. Pacheco Luna comunica un nuevo caso de keratitis herpética febril, y después de un estudio detallado tanto de este nuevo caso, como de otros por él conocidos, establece las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> No existe ninguna lesión ocular que dependa directa y exclusivamente de la vacuna antitifoidea.

2.<sup>a</sup> El herpes febril de la córnea es la lesión ocular que se ha admitido que depende directamente de la vacuna antitifoidea; pero nuestra observación que trata de una recidiva, cambia ese concepto, porque se debe reconocer en nuestro enfermo una predisposición.

3.<sup>a</sup> De parecida manera se considera la iridociclitis en enfermos que tienen una tara constitucional. El glaucoma secundario dependiente de esas iridociclitis, puede estallar por la reacción de la vacuna.

4.<sup>a</sup> La piofemia, cuya causa es una falta de asepsia en la técnica, puede producir complicaciones graves de iridociclitis purulenta metastásica.

5.<sup>a</sup> Ciertas lesiones del nervio óptico, de las vías ópticas y ciertas parálisis oculares, de que á la fecha todavía no se han publicado observaciones, podrían explicarse por una reacción meníngea.

6.<sup>a</sup> Un glaucoma primitivo agudo puede desarrollarse durante la reacción de la vacuna. No es posible emitir científicamente de qué manera se agravaría un glaucoma crónico.

7.<sup>a</sup> Para admitir la acción de la vacuna, se necesita que la manifestación ocular se presente durante la reacción febril ó inmediatamente después.

8.<sup>a</sup> En ciertos casos, no es posible atribuir á la vacuna ninguna acción; se trata simplemente de enfadosas coincidencias.

9.<sup>a</sup> No es prudente vacunar á los sífilíticos, tuberculosos, reumáticos, etc., que hayan tenido con anterioridad lesiones del tractus uveal.

10. No hay razón para privar del beneficio de la vacuna á los mismos, sin lesiones anteriores del tractus uveal, é indemnes, por consiguiente, de todo pasado ocular.

11. Los candidatos deben ser sometidos á un examen médico previo y confiar el examen de la visión á un oculista.

12. Antes de pronunciarse en un asunto médico-legal surgido con motivo de la vacuna, se necesita para juzgarlo gran circunspección y tener un conocimiento perfecto de

cuanto se ha dicho sobre este asunto. (*Revista Cubana de Oftalmología*, Octubre-Diciembre de 1919.)

### EN LENGUA EXTRANJERA

**2 Manera de examinar la visión, por el Dr. Paulad, oftalmólogo del Hospital Necker y Enfants Malades.**—

La retina se compone de dos partes muy distintas desde el punto de vista funcional: Una central muy pequeña, pero muy sensible, llamada mácula; la otra periférica mucho, mayor, pero mucho menos sensible y que comprende todo el resto, es decir, casi la totalidad de la retina.

La retina central ó mácula gracias á la perfección de sus cualidades visuales percibe claramente los objetos sobre ella enfocados; ella es la que ve las letras de un libro que se lee, el ojo de una aguja que se enhebra, las horas de los relojes públicos.

La retina periférica, cuyas facultades de percepción son mucho menores, llena, sin embargo, un papel muy importante. Por ella vemos los objetos que nos rodean; nos permite circular libremente por entre las gentes en la calle ó entre los muebles y los objetos de una habitación. Si la retina central ó mácula nos da la *visión central*, la retina periférica nos proporciona el *campo visual*.

Con la visión central sola vemos bien el objeto enfocado, la letra del libro que leemos; pero somos incapaces de gobernarlos en medio de las cosas exteriores; vemos el mundo exterior como si le mirásemos á través de un tubo estrecho ó el ojo de una cerradura.

Con el campo visual solo sin la visión central, nos gobernamos libremente en medio de las personas y de las cosas, pero somos incapaces de distinguir con claridad el objeto sobre el cual fijamos nuestra atención, incapaces de percibir los caracteres del libro que leemos.

Por otra parte, la visión central y la periférica muy á menudo se hallan alteradas independientemente. Algunos enfermos pierden la visión central y conservan la periférica, mientras que á otros les ocurre lo contrario.

Por lo tanto, importa para el estudio completo de la visión examinar ambas partes de la visión total: la central y la periférica.

#### a) Examen de la visión central:

El examen de la visión central se practica haciendo al sujeto que lea á distancia ó de cerca caracteres de imprenta, cada vez más finos (escala tipográfica).

Si el médico posee una escala tipográfica para la distancia, la coloca en la pared á 5 metros del sujeto á examinar y le obliga á leer, comenzando por las letras mayores. La medida de la acuidad visual está representada por la letra leída por la fracción colocada en el extremo de esta línea.

Con la escala tipográfica para la visión de cerca se procede de una manera análoga: el enfermo lee los caracteres más finos que puede percibir. La acuidad visual está anotada al extremo ó por debajo de la última línea leída.

El empleo de la escala de visión de cerca es hasta indispensable para los miopes, los cuales, aun teniendo la retina sana y la acuidad retiniana normal, ven mal á lo lejos, si no se corrige su defecto de refracción.

El empleo sucesivo de dos escalas para ver de lejos y para ver de cerca permite siempre hallar la acuidad visual, una acuidad visual bastante precisa para la práctica médica general.

Algunas veces el enfermo no puede ver ninguna letra del cuadro ni aun aproximándose. En estas condiciones se acostumbra á investigar la distancia, á la cual el enfermo cuenta los dedos de la mano y se anota: «cuenta los dedos á 1 metros, á 50 centímetros.»



Por último, cuando la visión está muy disminuida, se expresa el grado de la acuidad visual diciendo: «ve pasar la sombra de la mano», «distingue la luz á tal distancia», «localiza las ventanas de la habitación». Cuando esta prueba es negativa la ceguera se llama absoluta.

b) Examen de la visión periférica (campo visual):

El sujeto se coloca delante de nosotros con un ojo cerrado, invitándole á que mire á vuestra nariz con el ojo descubierto. Tomad en seguida una señal de papel colocada en el extremo de una varilla cualquiera, por ejemplo, un portaplumas, paseáoselo en el campo visual, yendo de la periferia al centro. El papel es apercibido desde el momento en que entra en el campo visual, y tanto más pronto cuanto más extenso es éste. Si el papel no es apercibido, sino muy cerca de la línea visual, hay estrechamiento del campo visual. En la hemianopsia el papel no es apercibido, sino á un lado, á la derecha ó á la izquierda del punto de fijación.

Se puede reemplazar el índice del papel blanco por los dedos que se mueven en la periferia del campo visual.

Para una determinación más metódica de la extensión y forma del campo visual se emplean instrumentos especiales: el campímetro y el perímetro. En todos los casos en que se ha hecho el examen de la visión, es indispensable esta doble exploración de la visión central y de la periférica. (*Le Médecin Français*, 15-VI-1919.)

### APARATO DIGESTIVO EN LENGUA ESPAÑOLA

#### 1. Cáncer gástrico, su diagnóstico en el laboratorio.

—El Dr. C. Abad de la Torre, en un interesante trabajo, trata de hacer el diagnóstico precoz, del cáncer del estómago; cuando la clínica, por la palpación, rayos X, etc., aún no pueda resolver la cuestión, y de los estudios por él practicados, saca las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Que para hacer un diagnóstico de cáncer gástrico por procedimientos de laboratorio debe obrarse del modo siguiente: a) la noche anterior al análisis debe verificarse una escrupulosa limpieza de la cavidad gástrica; b) á la mañana siguiente y con unos 400 c. c. de solución fisiológica de sal común, se hará en ayunas un cuidadoso lavado de estómago; c) con este agua del lavado se verificará la prueba de la albúmina y el análisis bacteriológico; d) después de este lavado se administrará al enfermo el desayuno de prueba que se extraerá una hora más tarde por medio de la sonda gástrica procurando que la cantidad extraída sea lo mayor posible y este jugo gástrico se someterá al análisis, en el que tan interesante como titular la acidez, resulta el titular el fermento de lab, etc.

2.<sup>a</sup> El resultado positivo de la prueba de la albúmina ó la presencia de anaclohidria, ó de sangre, de ácido láctico ó de fermento de lab, actuando solo á diluciones muy bajas no permiten aisladamente el diagnóstico del cáncer gástrico, pero todos ellos reunidos son un serio argumento en favor de la existencia del cáncer de estómago.

3.<sup>a</sup> Si los datos analíticos nos hacen prever un carcinoma, someteremos al enfermo á régimen lacteo ó por lo menos que no lleve carne é investigaremos á partir del tercer día y de un modo sistemático, la presencia de sangre en las materias fecales.

4.<sup>a</sup> Sólo en estas condiciones estaremos autorizados para diagnosticar analíticamente la existencia de cáncer gástrico. (*Gaceta Médica del Norte*, Septiembre de 1919.)

### EN LENGUA EXTRANJERA

2. Valor del quimismo como elemento diagnóstico fundamental en las gastropatías, por L. Fron.—Razones

de naturaleza diversa rebajan considerablemente el valor diagnóstico de las variaciones de la cantidad de ácido contenido en el jugo gástrico: 1.<sup>o</sup> No está bien determinado el grado de acidez normal del jugo gástrico; 2.<sup>o</sup> La comida de prueba es una comida artificial; 3.<sup>o</sup> En la misma persona se pueden notar variaciones importantes de quimismo; 4.<sup>o</sup> Cierta número de cancerosos gástricos son hiperclorhídricos, y 5.<sup>o</sup> Aunque el ácido clorhídrico pasa por antiséptico poderoso, las fermentaciones son mucho más frecuentes en los hiperclorhídricos que en los hipoclorhídricos.

No en el quimismo, sino en los trastornos de motilidad y en la irritación del plexo solar, han buscado Bourget y otros clínicos el carácter diferencial de las dispepsias.

El autor establece esta conclusión: El análisis del quimo después de la comida de prueba, tiene en general escaso valor; el análisis de contenido gástrico en ayunas (que en el mero hecho de existir constituye siempre un estado patológico) es de importancia primordial, y no puede ser reemplazado por ningún otro método de examen. (*Paris Médical*, núm. 30 de 1919).—L. P.

### RADIUMTERAPIA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Zona común á consecuencia del radium.—El doctor Zacarías Guzmán refiere el siguiente caso:

N. N. presentaba en la cara dorsal del antebrazo izquierdo un pequeño neovus piloso, que fué tratado con radium. Las aplicaciones fueron hechas con dosis masivas y con gran intensidad, siguiendo en su aplicación las reglas conocidas en radiumterapia, y guardando las precauciones necesarias.

El radium produjo sus consabidos efectos, comenzando el neovus por aumentar de volumen, pigmentarse aún más, siguiendo el proceso hasta su fin (desmenuzamiento parcial, etcétera), desaparición del neovus, quedando en su lugar la conocida huella del radium.

Antes de llegar, sin embargo, á la última etapa del proceso destructivo, comenzó el paciente á notar una sensación quemante y dolorosa en grado sumo, en el antebrazo en cuestión, sensación que fué el prolegómeno de una erupción de vesículas en pequeño número y muy diseminadas; esta sintomatología tan clara impuso el diagnóstico de zona común por neuritis, esta última, sin duda alguna, como consecuencia de la acción del radium. El zona quedó localizado hacia el tercio inferior del antebrazo, y aún algunas vesículas se produjeron hasta sobre la cara palmar.

Sometido el enfermo á un tratamiento adecuado, sanó perfectamente, sin haberse producido recidivas. Todo ello, entre erupción y curación, alcanzó á durar unos cincuenta días.

Este caso nos ha sugerido algunas reflexiones, y nos lleva á concluir, que, en primer lugar, debemos limitar las dosis masivas de radium, cuando se trata de lesiones de la piel, situadas en territorios ricos en ramificaciones nerviosas.

También debemos tener muy en cuenta el mayor ó menor espesor de la piel al radiarla, y en cada caso, emplear en consecuencia un filtraje especial. Debemos, además, limitar el tiempo de las aplicaciones en casos como el descrito *ut supra*, para evitar en lo posible la acción de los rayos gama (profundos y penetrantes) del radium, que obrarían más allá del objetivo indicado, y finalmente, no repetir las aplicaciones de radium demasiado á menudo, recordando siempre que las dosis se acumulan y, por consiguiente, también sus efectos. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 11-12-1919.)

La función  
inmediata

Triste espejo

Reanuda  
de llamar  
desarrolla  
ciales. A  
el habitu  
raciones  
tas, escar  
de todo,  
desgana,

Había  
obtenría  
consienti  
mejoras  
en que v  
esa impr  
represen  
líticos p  
leal y de  
grupos p  
inconsci  
debates,  
las som

Esta  
to, una  
pera, y  
mientos  
en una  
mente,  
con bar  
lo que  
en mon  
la sacu

No  
estas co  
muestr  
decirlas

En  
á los q  
homen  
que tie  
actual.  
Es



# 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.

Triste espectáculo.—Huéspedes ilustres.—Preparativos.

Reanudóse la vida oficial y política, si vida puede llamarse á la vesania incomprensible en que se desarrolla la existencia nacional en las esferas oficiales. Abiertas las Cortes ha comenzado en ellas el habitual torneo de discursos inacabables, declaraciones amañadas, cargos é imputaciones virulentas, escándalos, vocerío, apóstrofes, y lo que es peor de todo, tiempo perdido, desilusión, desesperanza y desgana, cuando no asqueo.

Habíamos convenido en que el actual Gobierno obtendría del Parlamento una Ley económica que consientiera ir fijando la atención en reformas y mejoras adecuadas al momento crítico y delicado en que vivimos; decíase que para la obtención de esa imprescindible ley de Presupuestos, todas las representaciones parlamentarias de los partidos políticos prestarían al ecléctico Gobierno un apoyo leal y desinteresado; pues bien, ni uno solo de esos grupos parlamentarios deja de crear, consciente ó inconsciente, una dificultad cada día, dilatando los debates, obstruyendo los trámites y conspirando en las sombras.

Estamos dejados de la mano de Dios. Entretanto, una parte del país no espera ya, sino que desespera, y la otra va acumulando un poso de resentimientos, rencores y deseos de reivindicación, que en una ú otra forma no dejará de estallar ruidosamente, que no se hacen las revoluciones tan solo con barricadas y pronunciamientos, sino minando lo que debieran ser fuerzas radicales del país, que en momento determinado no podrán defenderse de la sacudida que las sorprenda.

No se nos diga que hacemos política al decir estas cosas; dejar de darse cuenta de ellas sería dar muestra de un indiferentismo malsano; dejar de decir las, sería una verdadera cobardía.

Encuétranse en Madrid dos médicos ilustres, á los que hemos de dedicar una justa expresión de homenaje proporcionada á su significación, y á la que tiene su presencia entre nosotros en la época actual.

Es el primero de ellos, en el orden cronológico

y en el de la extranjería, el profesor Fuchs, de Viena, el ilustre oftalmólogo de renombre mundial, que habiendo obtenido en su país todos los prestigios y favores de la fama y la fortuna, ha visto con dolor el derrumbamiento de la unidad de la que fué poderosa nación austriaca, y ha venido á consolar en lo posible los dolores de su corazón de hombre y de patriota, como se consuelan las almas grandes y elevadas; trabajando. El profesor Fuchs, invitado, como ya en otra ocasión hemos dicho, por la Junta de extensión de estudios, está dando un notabilísimo curso de Anatomía patológica del globo del ojo, al cual asisten los oftalmólogos más distinguidos de Madrid, de cuyas referencias podemos deducir que los trabajos del profesor Fuchs, en España, son completamente dignos de su fama, con lo cual creemos haber dicho todo lo que podemos decir en su elogio.

De la presencia en Madrid del otro profesor á quien nos referíamos, tienen también noticias nuestros lectores. Se trata del ilustre cirujano argentino D. Avelino Gutiérrez, español de nacimiento, nacido en la provincia de Santander y que educado en la República Argentina, ha desarrollado allí sus extraordinarias aptitudes y sus reconocidos talentos, nutriendo su espíritu con las enseñanzas de todas las Escuelas europeas y produciendo una obra personal y de cultura que le hacen ser admirado y querido por todos sus coetáneos y por cuantos personalmente le conocen ó han estudiado su labor de maestro. También el Sr. Gutiérrez está dando un breve curso de Anatomía aplicada en la Facultad de Medicina, y son por todos los concurrentes, profesores y alumnos, alabadísimas las condiciones de destreza manual y de rigurosa didáctica y sencilla habilidad expositiva de que el Sr. Gutiérrez está dando muestra. Repetimos que de uno y otro ilustre huésped, nos ocuparemos con mayor extensión.

Al repartirse este número estará probablemente inaugurándose el curso académico de la Real de Medicina. Tenemos entendido que en él se proponen los señores académicos dar muestras de extraordinaria actividad aportando á las sesiones públicas casos interesantes de su práctica, resultados doctrinales de su experiencia y dando conferencias espe-



ciales sobre asuntos dignos de enseñanza y producto de su investigación personal. Para estas últimas conferencias parece que se encuentran ya inscritos los Sres. Goyanes, Recasens, Pittaluga, Murillo, Márquez y otros.

DECIO CARLAN

## LA BENEFICENCIA GENERAL

### De oposiciones.—Reformas que se imponen.

El ministro de la Gobernación, que tantas pruebas está dando por el mejoramiento de los importantes servicios que dependen del departamento de su cargo, tiene en estos momentos ocasión de proseguir su labor en la Beneficencia general, con motivo de las oposiciones á las plazas vacantes de médicos del citado cuerpo.

Accedió el Sr. Burgos y Mazo á una petición, que le formularon varios opositores, ó sea á la publicación en la *Gaceta* de un programa antes de la celebración de dichas oposiciones. Ahora se impone, por ser de justicia, que acceda á las demás peticiones, y de las cuales *El País* y otros colegas se han ocupado recientemente.

¿Qué razón hay para que no sean ocho y sí sólo cuatro las plazas por las que se convoca á oposiciones?

Intenta alegarse que no pertenecen á la Beneficencia general, no obstante prestar sus servicios en el Hospital de la Princesa; mas semejante alegato suponemos que no habrá tenido acogida alguna en el buen criterio del ministro de la Gobernación. Aquí se impone con toda urgencia otra reforma del reglamento y siempre antes de celebrarse las oposiciones convocadas para la mejor defensa de los opositores que á ellas concurren. No es lo mismo hacerlas solamente por cuatro plazas que por el doble. Creemos que si alguna duda existe en el Sr. Burgos y Mazo, pronto se disiparía no bien consultase á todos los opositores acerca del particular. Además se evitaría el que las oposiciones pudiesen ser protestadas. Suponemos que el ministro de la Gobernación no nos obligará á insistir más en esta cuestión.

La reforma del reglamento, en lo que atañe al tribunal, es tan necesaria como lo fué la referente al programa que no existía. Vincular el cargo de juez de oposiciones en los mismos profesores, resulta poco grato para los demás. Consúltelos el ministro de la Gobernación y verá como, aparte los interesados, el resto de los que constituyen el digno cuerpo numerario de la Beneficencia general, optará por el sorteo. Otra consulta puede hacerles: si es compatible el cargo de visitador facultativo de la aludida Beneficencia con el de profesor de sala. Ya verá como dicen que no. En esto no se precisa la reforma del reglamento, basta que se cumpla.

Dispuso el ministro de la Gobernación se convocasen á oposiciones para 22 plazas de alumnos internos de la Beneficencia general, dotadas con 1.500, 2.000 y 2.500 pesetas anuales. Muy bien hecho; así se evitará se diga lo que se dice de las cuatro de médicos que aún no se convocaron á oposición, y además, que la Dirección de Administración no pueda favorecer por más tiempo á esa veintena de protegidos con dichas plazas interinamente, dejando cesantes á los que las desempeñaban, sin esperar á que fuesen celebradas las oposiciones, como es costumbre.

Ahora bien; como ya valen la pena las plazas de referencia, los opositores piden también un programa que suponemos no les será negado por el ministro de la Gobernación. También es otra reforma, que se impone con toda urgencia,

la del reglamento en la parte que se refiere á las oposiciones de alumnos internos.

Otra reforma es quién ha de presidir el tribunal de las oposiciones á médicos. Los opositores han pedido por nuestro conducto que sea un representante del ministro de la Gobernación, como el inspector general de Sanidad, jefe de Administración de primera clase, cuya competencia científica es bien notoria y que, en unión de los prestigiosos médicos numerarios de la Beneficencia general que designase la suerte, serían la mejor garantía que tuviese el opositor que en buena lid fuese por una plaza.

El ministro de la Gobernación esperamos que tampoco vacilará respecto de esta propuesta que estimamos justísima, como todas las demás que le formularon.

Confiamos, pues, en que el Sr. Burgos y Mazo, que es quien en definitiva ha de solucionar estos pleitos, lo haga con toda la rectitud en que siempre fundó sus resoluciones á evitar estridencias, siempre enojosas, las cuales pudieran incluso repercutir en el Parlamento, que todo puede suceder.

UN OPOSITOR.

## PAPELES MOJADOS

### Carta abierta.

Al Dr. D. Amalio Gimeno.

Mi respetable profesor: Ayer dirigimos los dos titulares de Miguelturra, ambos discípulos de usted, el siguiente telegrama al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación: «Médicos titulares de Miguelturra protestan enérgicamente ante V. E. por abandono por parte Gobierno en que se encuentra clase. A pesar de su intervención en Enero, requerido por el señor Cortezo, continúa este Ayuntamiento adendándonos cuarenta y cuatro meses nuestros sueldos. Urge y le ruegan decrete solución pago por el Estado, por ser imposible vida en estas circunstancias. Respetuosamente le saludan. *Casio Clemente.*—*Trinidad Aseusio.*»

A las pocas horas de haberlo depositado en la oficina de Telégrafos, leí en la prensa de Madrid la recientísima Real orden (calificada de *importante* en el periódico que la insertaba) del excelentísimo señor ministro de la Gobernación sobre el pago de los médicos titulares por los Ayuntamientos. Dicha lectura me produjo tristeza, sarcasmo y amargura, al mismo tiempo que se agolpaban á mi mente ideas, frases y conceptos que de buena gana diría al excelentísimo señor ministro de la Gobernación. No me atrevo á ello por varias razones: primeramente, el ministro no me leería, pues no tendría tiempo, ni humor para descender á estas *pequeñeces*; luego, la forma, el lenguaje de dirigirme á un ministro de la Gobernación, exministro de Estado, de Marina, de Instrucción Pública, senador, etc., etc., tiene que ser muy distinta de la llana y familiar que puede emplearse tratándose de un módico, aun cuando sea este ilustre catedrático, sabio hidrólogo, notable redactor de *EL SIGLO MÉDICO*, etc., etc., máxime si ha sido su profesor, por lo que se le puede tratar con más confianza.

Por esto á usted sí me atrevo á dirigirme, fiado en que me escuchará con indulgencia, y como tan íntimamente ligado se halla usted al excelentísimo señor ministro de la Gobernación, le ruego que tenga la bondad de manifestarle los principales conceptos de esta carta, y entresacar de ella, escrita ya de cualquier manera, toda vez que no va dirigida á un ministro, los que usted crea debe conocer, sin hacerle perder tiempo, y puedan dejar alguna impresión en su claro talento.



Yo no puedo ni sospechar siquiera que el excelentísimo señor ministro de la Gobernación, al dictar la referida Real orden, haya obrado con mala fe, ni muchísimo menos, pero sí demuestra con ella un desconocimiento completo de la realidad y de lo que es la vida en los actuales momentos.

Y si no, dígame usted, Sr. Gimeno.

Todos los médicos titulares de España creímos llegada nuestra hora cuando juró el actual ministro de la Gobernación. Su poderosa inteligencia, su actuación y cáidos discursos en Asambleas médicas, su continuo latallar de toda su vida con esta nuestra ingrata profesión, su continuo roce con médicos durante cincuenta años, etc., etc., nos hizo sospechar sería un hecho, en breve plazo, nuestra redención, y muchos seguimos creyendo que así habría sido de habérselo propuesto. Han pasado meses y meses, y á la postre se descuelga el excelentísimo señor ministro de la Gobernación con una Real orden que todos los médicos titulares calificamos de sangrienta burla.

Son ya muchas las disposiciones que en varios años ha publicado la *Gaceta* sobre el mismo asunto. Claro está, señor Gimeno, que las conoce el actual ministro de la Gobernación, cuando las cita y se refiere á ellas. ¿Y qué resultado dieron? Absolutamente ninguno. Y entonces ¿qué una más en los mismos términos, con las mismas frases y con el mismo objeto? ¿Es por aumentar la literatura de la *Gaceta*? Está bien. ¿Es que cree el excelentísimo señor ministro de la Gobernación que ahora por ser suscrita por él va á ser obedecida? Le hago la justicia de no suponerlo tan cándido. Pues si no ha de surtir ningún efecto, ni nadie ha de obedecerla, ¿cuál fué su finalidad?

Cuando el Real decreto de Ruiz Jiménez, nos gastamos unas pesetas en papel sellado para instancias y recursos, y el resultado fué nulo. ¿Y vamos á empezar ahora con nuevos pliegos de papel sellado, expedientes y burocracia, para que duerman el sueño de los justos como los recursos que hicimos apoyados en el antedicho Real decreto de Ruiz Jiménez, que habrán aumentado los archivos del Ministerio y Gobiernos civiles? Pues esto será otro *timo de los perdigones* como aquel célebre de los miles de duros que se embolsó el Estado, de los médicos, con motivo de la Inspección médico-escolar.

Los gobernadores, los alcaldes, los caciques se reirán de la reciente Real orden que comento. Demasiado sabemos todos que unos á otros se necesitan y auxilian para fines políticos y electorales. Y como el ministro de la Gobernación necesita también de alcaldes, gobernadores y caciques, no tendrá más remedio que hacer la *vista gruesa* á pesar de su flamante Real orden, que quedará convertida en un *papel mājado*, pues nadie dará por seguro que caciques, alcaldes, gobernadores y ministro van á ponerse á mal unos con otros por servir y defender á los pobres médicos titulares. Esta es la verdad, esta es la realidad, Sr. Gimeno, y debe usted hacérsela comprender así al excelentísimo señor ministro de la Gobernación. Pero ni tampoco; si tiene presente un ejemplo bien palpable: si ha intervenido en nuestro caso, y á pesar de ello continuamos en igual forma. Los médicos titulares de Miguelturra hemos apurado todos los recursos oficiales y oficiosos solicitando que se nos pague, y sin embargo, nada conseguimos; en vista de ello, en Septiembre, Octubre y Noviembre de 1918 telegrafiamos al excelentísimo señor ministro de la Gobernación, y aun cuando nos contestó que

se procedería en justicia, por lo visto la justicia es no pagarnos, porque así continuamos; en vista de lo cual y enterado de ello el bondadoso y cariñosísimo Dr. Cortezo, nos recomendó en Diciembre último al actual ministro de la Gobernación, y éste en Enero próximo pasado contestaba al doctor Cortezo que el gobernador y el alcalde le habían ofrecido irnos dando cantidades de consideración hasta extinguir la deuda. ¡Buenas y vanas palabras! pues todavía no se nos ha entregado cantidad alguna y continúa adeudándonos el Ayuntamiento cuarenta y cuatro meses. ¿Qué hacer? ¿Nueva instancia y nuevo recurso.....? *Risum tenxatis*.

Pero aún hay más. Dice la Real orden:

«S. M. el Rey (q. D. g.), sin perjuicio de otras más substanciales iniciativas del Gobierno ante las Cortes, ha tenido á bien, etc.....»

Esto es ya el *inri*. ¿A qué Cortes? Probablemente las Cortes actuales no se reunirán ya. ¿Cuando se reúnan otras? ¿Y entonces continuará el actual ministro de la Gobernación? ¿Y entonces querrá Cambó? ¿Quién fía en esas promesas ante el estado actual de la política española é inestabilidad de los Gobiernos? Convengamos en que esas prometidas y substanciales iniciativas no pasan de ser frases y más frases, que se avienen muy mal con el vencimiento de aquella letra de que hablaba el actual ministro de la Gobernación en un mitin sanitario á raíz de haber jurado el cargo. Los médicos titulares en los tiempos que corren no podemos satisfacernos con frases, ni alimentar nuestros estómagos con iniciativas aunque sean *substanciales*, por lo cual nos veremos obligados á *protestar aquella letra*.

Voy á terminar. Suplico á usted de nuevo, Sr. Gimeno, haga ver al señor ministro de la Gobernación que la tan repetida Real orden ha sido *el parto de los montes*, y que no hace falta iniciativas, pues en la conciencia de todos está que los titulares solo pedimos una cosa desde hace años. La única solución en este asunto es el pago por el Estado á los titulares. Venga éste pronto, sea en la forma que quiera, con un Real decreto, reclamando un *bill*, etc., pero pronto. ¡Tantas cosas se hacen saltando por cima de leyes, y hasta faltando á la Constitución...! Y entonces será cuando se empiece á hacer Sanidad, cuando los titulares comencemos, cuando estará puesta al pago *aquella letra*, pues tras del pago por el Estado, y poco á poco, vendrá todo lo demás y cuando los médicos españoles aumentarán el Santoral con un Santo nuevo: «San Amalio Gimeno».

Queda suyo y muy devoto afectísimo seguro servidor y discípulo q. b. s. m.,

CASIO CLEMENTE  
Médico titular.

Miguelturra, 17 Marzo, 1919.

En repetida muestra de nuestra absoluta imparcialidad y de nuestro deseo de reflejar el pensamiento de los médicos españoles, publicamos este artículo, que como el titulado «*Acusando*» ha sufrido notable retraso, por la abundancia de original urgente.

Por desgracia, estos asuntos son siempre de actualidad

## SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Esta Sociedad celebró el martes, por la tarde, su primera sesión reglamentaria en el presente curso, bajo la presidencia del Dr. Fernández Caro.

# SIL - AL

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



Leída el acta de la última sesión por el secretario general, Dr. Fernández Cuesta, y dada cuenta de las obras recibidas para la biblioteca de la Sociedad, el Dr. Fernández Caro dedicó sentidas frases de recuerdo á la memoria de los socios fallecidos Sres. Mingo, Martí Dalmáu y Dres. Barajas y Tolosa Latour, al que dedicó un sentido discurso que fué muy aplaudido, acordándose que conste en acta el sentimiento producido por su muerte.

La doctora Soriano llamó la atención de la falta de higiene de los teatros, cafés, iglesias, en la Universidad y en la Facultad de Medicina.

Se dolió de que en teatros de tan reciente construcción como los del «Odeón» y «Reina Victoria, hubiera necesidad de tomar habitaciones de una casa próxima de la calle de Echegaray para que sirvieran para los coros de ambos sexos, que tienen que subir muchas veces más de cien escalones durante las representaciones, y que en el «Odeón» por la forma triangular del escenario y sus dimensiones reducidas, si ocurriera un incendio no habría forma humana de salvar á los obreros que estuvieran en los telares.

Fué muy aplaudida.

El conde de Pinofiel, después de recordar cariñosamente al Dr. Tolosa Latour, inició el tema acerca de las causas que han producido la mortalidad en Madrid, que prometió exponer en sesiones sucesivas.

El Sr. Lasbennes felicitó á la doctora Soriano por su discurso y suplicó al padre Redondo que hablara de la higiene en los templos.

Este ilustre sacerdote, después de un canto elocuentísimo á la higiene, dijo que es necesario que esta Sociedad dicte reglas y llame la atención de quien corresponda, para que en las iglesias y en los conventos se practique la higiene para bien de todos y en beneficio de la religión misma, lamentando que no haya higiene en los teatros, en los templos, en los centros docentes y en los individuos.

El Dr. Franco Martínez enumeró los principales temas en que debe trabajar la Sociedad Española de Higiene.

El Sr. Morcillo presentó el tema «Valor nutritivo que poseen los alimentos pertenecientes al reino vegetal sobre los del reino animal», leyendo unas conclusiones que serán objeto de discusión en este curso.

Fué muy aplaudido.

Y habiendo pasado las horas de reglamento fué levantada la sesión.

### Sección oficial.

#### MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

Nombrado por Real orden de 13 de Noviembre del corriente año, *Gaceta* del 24, el Tribunal que ha de juzgar las oposiciones á las cátedras de Patología médica y su clínica vacantes en las Universidades de Barcelona y Valladolid,

Esta Subsecretaría hace público lo siguiente:

1.º Que dentro del término legal han presentado sus instancias los aspirantes que siguen: don Estanislao del Campo López, don Agustín del Cañizo García, don Ramón Vila Barberá, don José María Corral y García, don Mariano Alvira Lasierra, don Andrés Alfredo Hernández Iribarren, don Pedro Pena Pérez, don Joaquín Aznar Molina, don Francisco Ferrer Solervicens, don Casimiro Martínez López y don Mi-

saél Bafuelos García, para la vacante de la Universidad de Valladolid; y para la de Barcelona, don Estanislao del Campo López, don Agustín del Cañizo García, don Ramón Vila Barberá, don José María Corral García, don Pedro Pena y Pérez, don Enrique Nogueras Coronas, don Casimiro Martínez López, don Joaquín Aznar Molina, don Francisco Ferrer Solervicens y don Misael Bafuelos García.

2.º Quedan excluidos de estas oposiciones: don Eusebio Oliver Pascual, por no haber justificado que concurren en él las circunstancias que determinan los artículos 6.º del Reglamento de 8 de Abril de 1910 y 15 del Real decreto de 30 de Abril de 1915 y concordantes; don Vicente Gaité Veloso, don Juio Miguel Sánchez Salcedo, don José María Alejandro Díez Crespo, don Antonio Rodríguez Bondía, don Gregorio García Urdiales y don Carlos Jiménez Díaz, por no justificar ser doctores en Medicina con premio extraordinario en este grado, según requiere la Real orden de 21 de Octubre del corriente año, y don Gabriel Ferrer Obrador, don Angel Antonio Jesser y Cagigal y don Luis Celis y Pujol, por haber presentado sus instancias con posterioridad al vencimiento del plazo de dos meses que fijó la convocatoria.

3.º Que desde el día en que se inserte en la *Gaceta* el presente anuncio, comenzarán á contarse los términos á que se refieren los artículos 14 y 15 del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

Madrid, 5 de Diciembre de 1919.—El subsecretario, *Bullón*.

#### MINISTERIO DE LA GOBERNACION

##### REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Por Real orden de este Ministerio de 13 de Marzo del año anterior se aprobaron y publicaron unas Bases redactadas por la Inspección general de Sanidad para organizar en toda España el servicio de profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas.

Conforme á las mencionadas Bases procedieron inmediatamente las Juntas de Sanidad de varias provincias y de la Regional del Campo de Gibraltar á la redacción del Reglamento especial de cada población, reglamentando la organización y vigilancia de este servicio sanitario, nombrando médicos afectos al mismo, que ingresaron en virtud de oposición, y fundando Dispensarios y hasta sifilicomios en algunas de aquellas poblaciones.

Dificultades varias se han opuesto á la organización y desenvolvimiento de este servicio profiláctico en Madrid, según se preceptuaba en las mencionadas Bases.

De una parte las atribuciones que sobre el régimen de estos asuntos competen en las demás provincias á las autoridades gubernativas, pertenecen en Madrid á la Dirección general de Seguridad, organismo á su vez sin relación alguna con la Junta provincial de Sanidad, ni con su Comisión permanente, á la que, según las citadas Bases, corresponde la organización y vigilancia de ese servicio. Había de resultar por ello un tanto difícil establecer y aun idear la conexión necesaria entre las funciones médicas, las de investigación policíaca y las de vigilancia y administración del servicio, todas las cuales han de compenetrarse y auxiliarse para su buena marcha con perfecta cordialidad y armonía en la realización de sus fines, que son los mismos.

Por otro lado, dada la magnitud y complejidad del pro-

## TOLUDEN

Peirid's C., 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).





blema de la profilaxis antivenérea en poblaciones como Madrid, parece natural que se desenvuelva el servicio profiláctico bajo la dirección y vigilancia de un organismo de más amplia base técnica y posibilidad de actuación que la muy reducida que, con arreglo á las disposiciones legales, ofrece la Comisión permanente de la Junta provincial de Sanidad, á la que corresponde la organización, vigilancia y administración del servicio, según las Bases.

En atención, precisamente, á la magnitud y complejidad del problema, á la necesidad cada día más sentida de la intervención del Estado en la lucha contra las enfermedades venéreas y al deseo de disponer del concurso del mayor número posible de capacidades técnicas y especializadas para esta lucha, hubo de constituirse por Real decreto de 25 de Febrero último, la Junta permanente contra las enfermedades venéreas, aneja á la Inspección general de Sanidad del Ministerio de la Gobernación, formada por todas aquellas personas que por su constante contacto con enfermos de esa clase, sus aficiones y aptitudes en tal sentido especializadas y sus continuos desvelos en pro de la salud pública, han de hallarse más poseídas de todos aquellos conocimientos necesarios para colaborar con fruto en la extinción de un grupo de enfermedades que constituyen una verdadera plaga social.

Por otra parte, nada podría procurar á esta Junta tantos medios para llevar á efecto su obra, como conferirle las atribuciones que para la organización, reglamentación y administración de este servicio profiláctico concedieron las Bases de 13 de Marzo á las Comisiones permanentes de Sanidad. Por dicha Junta permanente antivenérea, ó mejor por una Comisión especial nombrada al efecto de su seno, podría procederse, por lo tanto, á reglamentar y organizar el servicio con arreglo á las dichas Bases de modo que pudieran resultar perfectamente conectadas y armónicas las funciones médicas con las policíacas ó de investigación.

En atención á las consideraciones expuestas,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º La organización, vigilancia y administración del servicio de profilaxis pública antivenérea en Madrid dependerá, exclusivamente, desde el punto de vista sanitario, de la Junta central permanente contra las enfermedades venéreas creada por Real decreto de 25 de Febrero último.

2.º Dicha Junta nombrará una Comisión especial de su seno, de la cual formarán parte, para mayor compenetración de los diferentes aspectos del servicio, á más de los vocales que la Junta en pleno designe, el director general de Seguridad y el inspector provincial de Sanidad, este último con las funciones que le señala el art. 20 de la Instrucción general de Sanidad.

3.º Por esa Comisión especial se procederá inmediatamente á redactar el Reglamento por el que ha de regirse el servicio público de profilaxis antivenérea de Madrid con arreglo á las normas señaladas en las Bases aprobadas por Real orden de 13 de Marzo de 1918.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 8 de Diciembre de 1919.—Burgos y Mazo.—Señor inspector general de Sanidad.

Visto el expediente del concurso anunciado en la *Gaceta*

de 24 de Noviembre anterior, para proveer entre inspectores provinciales de Sanidad activos y excedentes del Cuerpo la vacante de Jaén, así como las que resulten en igual situación por la provisión de ésta:

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

D. Adolfo Robles Vallecillo, número 5 del Escalafón, inspector regional de Sanidad del Campo de Gibraltar, las plazas de Granada ó Málaga, si resultan vacantes.

D. Celestino Martín de Argenta, número 16, inspector de Granada, la de Jaén, y si en el concurso ocurriera la vacante de inspector dotada con 8.000 pesetas ó más, lo sea adjudicada la de mayor categoría.

D. Cesar Sebastián González, número 43, inspector de Guipúzcoa, la de Jaén.

D. Gabriel Ferret y Obrador, número 51, inspector de Almería, las de Barcelona, Baleares, Valencia, Málaga ó Sevilla.

D. Pedro Blanco y Grande, número 53, inspector de Palencia, la de Toledo.

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

S. M. el Rey (q. D. g.), conformándose con lo propuesto por la Inspección general de Sanidad y lo informado por la Comisión permanente del Real Consejo, ha tenido á bien aprobar dicho concurso, y en su consecuencia nombrar inspector provincial de Sanidad de Granada á D. Adolfo Robles y Vallecillo, con el sueldo de 8.000 pesetas anuales; inspector provincial de Sanidad de Jaén á D. Celestino Martín Argenta, con el sueldo de 7.000 pesetas anuales, declarándose vacante la Inspección provincial de Sanidad del Campo de Gibraltar, con el sueldo de 7.000 pesetas anuales.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. I. muchos años.—Madrid, 31 de Diciembre de 1919.—P. A. Wais.—Señor inspector general de Sanidad. (*Gaceta* de 3 Enero de 1920.)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 719,8; íd. mínima, 710,6; temperatura máxima, 14,6; íd. mínima, 0,1; vientos dominantes, N. SO.

Algo ha mejorado durante la última semana el estado de la salud pública, sobre todo en la disminución del número y gravedad de los afectos intestinales infectivos. Los de índole gripal y localización torácica siguen presentándose aunque no con tanta gravedad y producen una mortalidad más atenuada.

## Crónicas.

### ESPAÑA

**La gripe.**—Las noticias que de diferentes puntos de España se reciben sobre la epidemia gripal revisten diversos caracteres por su importancia.

En Castellón se ha declarado oficialmente la existencia de la epidemia en la mayor parte de la provincia, pues se hallan infestados más de sesenta pueblos.

De Santander se sabe que han sido desembarcados cuatro tripulantes del *Infanta Isabel* atacados de gripe y á los que se trasladó en seguida al hospital de infecciosos.

**LA DIABETES**  
Y SUS COMPLICACIONES

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

que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras gratis. LABORATORIO PESQUI Prim 25. San Sebastián



En Zaragoza se han presentado nuevos casos de gripe aunque, según las declaraciones oficiales, no son numerosos. En Torrijos de la Cañada, uno de los pueblos más castigados en la anterior epidemia, se han registrado bastantes casos.

También se ha presentado un caso de encefalitis letárgica, epidemia no conocida hasta ahora en Zaragoza.

**La curación de la gripe letárgica por la música.**—A título informativo y de curiosidad transcribimos el siguiente telegrama de *El Sol*:

«Nueva York 23 (8 m.).—El Servicio Sanitario de Nueva York ha registrado por primera vez la curación de un caso de encefalitis letárgica.

Desde hace dos días se encontraba Mme. Munte sin conocimiento, y todos los recursos de la ciencia habían fracasado.

Se llamó a un violinista con el fin de que agitara los nervios de la enferma, que es una entusiasta de los conciertos.

Después de haber estado tocando una hora el violinista, la enferma, que había empezado por abrir los ojos, dió señales de haber despertado.

Los médicos esperan que después de esto será completa la curación, sin que sufra una recaída. —(Radio).»

**Movimiento de población en las capitales de España.**—La Dirección del Instituto Geográfico publica en la *Gaceta* el cuadro de nacimientos, defunciones y matrimonios ocurridos en las provincias de España en Agosto último.

Hubo en total 40.483 nacimientos, 40.516 defunciones y 11.380 matrimonios, es decir, el 1,95, el 1,96 y el 0,55, respectivamente, por 1.000 habitantes.

Corresponden a la provincia de Madrid 1.847 nacimientos, 1.785 defunciones y 559 matrimonios; la provincia de Barcelona, 2.185, 2.092 y 1.129, respectivamente; Valencia, 1.465, 1.587 y 609; Sevilla, 1.422, 1.455 y 335; Málaga, 1.129, 1.241 y 338; Murcia, 1.271, 1.080 y 408; Badajoz, 1.323, 1.377 y 379; Cáceres, 1.164, 1.049 y 159; Cádiz, 1.099, 1.084 y 288; Córdoba, 1.405, 1.240 y 403; Coruña, 1.223, 1.001 y 307; Granada, 1.306, 1.246 y 281; Jaén, 1.625, 1.502 y 429, y Oviedo, 1.269, 1.012 y 305.

Fallecieron 17.751 niños menores de cinco años.

Nacieron 21.191 varones y 19.272 hembras.

Las causas de mortalidad fueron: por fiebre tifoidea, 629; tífus exantemático, 60; viruela, 281; difteria, 176; gripe, 408; tuberculosis pulmonar, 2.291; cáncer, 1.099; del corazón, 2.447; bronquitis aguda, 930; crónica, 548; neumonía, 586; suicidio, 78, y otras muertes violentas, 778.

#### FRANCIA

**La propaganda de la natalidad y las elecciones.**—El Comité permanente de la natalidad elegido por el Congreso Nacional de la natalidad y de la población, que se celebró en Nancy del 25 al 28 de Septiembre de 1919, ha decidido comenzar una propaganda activa en favor de las leyes que parecen indispensables. El Comité lo presidió M. Paul Deschanel, el presidente de la Cámara de diputados y hoy presidente electo de la República. En una declaración pública el Comité pide que los candidatos al Parlamento inserten en su plataforma las siguientes medidas legislativas: 1.ª, franquicia familiar, ampliando la franquicia efectiva de los cabezas de familia; 2.ª, alivio de los cabezas de familias grandes, de la carga económica que hoy soportan; 3.ª, subvenciones, premios y dádivas a las familias grandes; 4.ª, campaña contra alojamientos insalubres; 5.ª, represión del aborto y de la llamada propaganda neomaltusiana, y la facultad a la Liga de la moralidad pública de demandar directamente en los tribunales, a fin de que puedan ponerse en vigor más eficazmente las leyes para la protección de la familia y de la infancia; 6.ª, exención en tiempo de paz de las familias grandes de parte de sus deberes militares, y 7.ª, establecimiento de un negociado nacional a cargo de todo lo que corresponda al aumento de los nacimientos.

#### AMERICA DEL NORTE

##### ESTADOS UNIDOS

**Caso de fiebre amarilla en New Orleans.**—El presidente de la Junta Superior de Sanidad comunica que William H. Stevens, de New York City, pasajero procedente de Mérida, vía Progreso, Méjico, en un buque que llegó a New Orleans el 2 de Diciembre, murió el 4 de Diciembre de fiebre amarilla. La enfermedad se reconoció prontamente y se tomaron todas las medidas del caso.

**La viruela en el Canadá.**—Se asegura que la epidemia de viruela en Ontario tuvo su origen en Toronto. Hasta el fin de Noviembre había habido 1.673 casos, sin ninguna muerte. La mayor parte de los casos ocurrieron en Toronto. Durante Noviembre, la Junta de Sanidad de Ontario facilitó 240.000 dosis de virus para la vacunación.

**Legados importantes.**—En el testamento de Henry C. Frick se divide parte de su propiedad en 100 acciones de valor de medio millón de dólares cada una.

El Mercy Hospital de Filadelfia recibirá 10 acciones (5.000.000) y otros 10 hospitales de Pensylvania recibirán acciones de medio millón.

##### MÉJICO

**Importante donativo.**—El Sr. Edward L. Doheny, presidente de una importante Compañía petrolera norteamericana que opera en las zonas del Golfo de Méjico, ha donado la suma de 4.000 pesos a la Sociedad Protectora del Niño. Otras personas también se han mostrado generosas en sus donativos, figurando entre ellas la señora Esther C. de Nieto.

Al presente número acompaña una circular informativa, cuya lectura recomendamos, sobre **Cursos de Ampliación de Estudios Médicos**, cuya Junta gestora y fundadora la forman los Dres. Azúa, Pittaluga, Cardenal y Marañón.

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

**IODASA BELLOT**  
Solución titulada  
de **IDOPEPTONA**  
**ODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE**

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

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de yoduro alcalino.

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

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

**SOLUCION BENEDICTO**

Glicerofosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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

## TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON PETROSINA LIQUIDA GARCÍA SUÁREZ

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