

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

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA. Académico de la Real de Medicina.

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

UMARIO: **Sección científica:** Valor en Medicina forense de la reacción colorante de la sangre de Thévenon y Roland, por el Dr. Ramón Álvarez de Toledo.—Las taquicardias y las secreciones internas, por E. Bonilla.—Tratamiento de algunas ginecepatías por la fototerapia, por el Dr. D. Sebastián Recasens.—La lipasa del suero en los tuberculosos, por el Dr. F. G. Guijarro.—Periódicos médicos.—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlán.—La unión de los médicos, por D. Martín Hurtado.—Discurso leído en el Paraninfo de la Universidad Central, por el Dr. D. Amalio Gimeno Cabañas.—Proyecto de Reglamento del Colegio de Médicos.—Sociedades científicas: Sociedad de oftalmológica de Madrid.—Sección Oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

### Trabajo del Laboratorio de Medicina Legal de la Universidad de Granada

## Valor en Medicina forense de la reacción colorante de la sangre de Thévenon y Roland

POR EL

DOCTOR RAMÓN ÁLVAREZ DE TOLEDO

Catedrático de Medicina Legal y Toxicología

La introducción en Medicina Legal de un reactivo colorante de la sangre, siempre produce en los aficionados a esta clase de estudios, un movimiento de viva curiosidad espoleada por el más grande interés, no obstante la tendencia a ser muy escépticos respecto al valor de estas reacciones, puesto que la experimentación de todas las que sucesivamente han ido aceptándose, demostró que ninguna es específica del líquido hemático.

Y téngase en cuenta que, a pesar de existir reacciones de certeza entre las cuales hay algunas que nece-

sitan mínima cantidad de material manchado (1) y son por ende muy prácticas, no dejan de tener interés científico las colorantes, pues hay sustancias a las que puede hallarse mezclada la sangre que a veces no permiten la obtención de alguna de esas reacciones de certidumbre. Así, por ejemplo: en la sangre digerida y mezclada a las materias vomitadas o a las heces, es imposible, o muy difícil, conseguir las cristalizaciones microquímicas de los derivados de la hemoglobina.

He aquí por qué los médicos legistas no han abandonado aún el deseo de conseguir un reactivo colorante de la sangre, que siendo muy sensible, sea absolutamente específico de ella.

Por estos motivos, cuando Thévenon y Roland proponían no hace mucho tiempo (2) un nuevo procedimiento de investigación de la sangre en la orina, las heces fecales y los líquidos patológicos, emprendí algunas experiencias para justipreciar el valor del mismo en Medicina forense; el resultado de las cuales doy en este resumen a conocer.

\* \* \*

La reacción propuesta por los autores franceses arriba citados está fundada en el hecho de que «el pira-

(1) La de los cristales de Stryzowsky entre las microquímicas: el espectro del hemocromógeno observado con un ocular espectromicroscópico.

(2) En *Lyon Médical* (tomo cxxvii, núm. 11, 1918, pág. 512).



midón en presencia de agentes oxidantes toma un bello color violeta».

El reactivo de Thévenon y Roland está constituido de este modo:

Piramidón..... 2,50 grs.  
Alcohol de 90°..... 50 cm<sup>3</sup>.

Además de este líquido, base de la reacción, hacen falta:

Acido acético glacial diluido al  $\frac{1}{3}$  en agua destilada, y

Agua oxigenada a 12 volúmenes.

El «modus operandi» o el siguiente: Disuélvese en agua, destilada preferentemente, un trozo de tamaño adecuado de la mancha sospechosa de ser de sangre, procurando, a ser posible, que el tono de color de la solución que resulte sea el bien conocido, y llamado de «flor de albréchigo».

Si la cantidad de líquido obtenida es suficiente, tómense 4 cm<sup>3</sup> de éste y mézclense a otros 4 cm<sup>3</sup> de la disolución alcohólica da piramidón. Agréguese en seguida varias gotas (5 ó 6) de la disolución al  $\frac{1}{3}$  de ácido acético; agítese bien para mezclar intimamente todos los líquidos y añádanse otras (5 ó 6) gotas de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, agitando de nuevo. En este momento se desprenden no escasas burbujas gaseosas que ya comenzaron a producirse en el momento en que se adicionó el ácido acético.

«Si la disolución sospechosa contiene sangre, la mezcla toma a los pocos minutos un bello color amataista cuya intensidad depende del grado a que estaba concentrada aquella, color que se atenúa lentamente, acabando, por último, por desaparecer.»

Según he podido inducir de las múltiples reacciones practicadas, la adición de ácido acético no es indispensable, ya que la hemoglobina sola me ha producido siempre reacción intensa.

Además, y esto se comprende fácilmente dado el parentesco tan cercano que en la serie grasa tienen los ácidos acético y fórmico; con éste he obtenido siempre reacciones francamente positivas, substituyéndolo al primero en la técnica de Th. y R.

El mecanismo en virtud del cual se produce el cambio en azul de la solución alcohólica incolora de piramidón («fenil-dimetil amido-pirazolona o dimetil-amido-antipirina») debe ser el mismo por el que el «percloruro de hierro» produce idéntico color; esto es, por una oxidación de las fenil-lpirazolonas» (a las que pertenece el piramidón) «que origina un azul de pirazol producido en condiciones comparables a las del indigo (1).»

Y no se olvide, en efecto, que hay en la reacción de Thévenon y Roland un abundante desprendimiento de oxígeno naciente, originado por la disociación que provoca la sangre del agua oxigenada, o que debe oxidar la molécula del piramidón.

Pertenece por ende la reacción de Thévenon y Roland, al grupo de las llamadas reacciones coloreadas

(1) Imbert (Henri). «Précis de Chimie Organique», pág. 811. A. Maloine, ed., París, 1909.

de la sangre por oxidación, que son la mayor parte de las conocidas entre las de posibilidad.

Al investigar en Medicina forense el valor de esta reacción, he estudiado sucesivamente:

1.º Su sensibilidad.

2.º Su especificidad.

I. *Sensibilidad de la reacción.*—El estudio de este punto tropieza con la dificultad para apreciarlo exactamente que de la misma manera que sucede con otras varias reacciones de la sangre la mezcla de los reactivos sin adición del líquido, problema dan espontáneamente el resultado positivo, aunque de un modo lento, desde luego.

Considerando el plazo de un cuarto de hora como límite utilizable de lentitud en producirse la reacción, yo he encontrado y comprobado múltiples veces «que prácticamente la sensibilidad del reactivo que vengo estudiando es de 1 + 1.000.000.

Coinciden en este punto mis datos con los obtenidos por los autores, cuando afirman que la sensibilidad de su reactivo es equivalente a la del más sensible de los utilizados hasta aquí, es decir, a la «del de Meyer o de la fenolptalina».

II. *Especificidad de la reacción.*—Es el punto capital del asunto que tratamos.

Desde luego, todos los derivados de la hemoglobina con que prácticamente podemos tropezar, dan la misma reacción que aquélla en presencia del piramidón.

Así sucede, efectivamente, con la «hematina» (obtenida, por ejemplo, con arreglo a la técnica de Hamsik).

Después de todo, en realidad es la hematina la que da la reacción de Thévenon y Roland; recuérdese que después de mezclar la disolución de hemoglobina y el reactivo, se agrega ácido acético que debe convertir la hemoglobina en hematina ácida.

El amoníaco que tan excelentes resultados proporciona para extraer la hemoglobina de las mancha viejas de sangre, no constituye obstáculo a la reacción, advirtiéndose que el NH<sub>3</sub> sólo, mezclado a los reactivos no produce ningún cambio de color en ellos.

El «hemocromógeno alcalino» no he conseguido produzca reacción positiva. A no dudarlo, el sulfhidrato amónico que se utiliza para obtener aquél, constituye un impedimento a que el fenómeno tenga lugar. Parece confirmarlo, en efecto, el hecho de que el «hemocromógeno ácido» obtenido preferentemente por las mezclas; «piridina + hidroquinona + ácido acético o piridina + hidroquinona + ácido fórmico» me han dado siempre reacción franca.

Las «hematoporfirinas, esto es, la ácida y la alcalina me han producido siempre idéntico resultado que la hemoglobina o la hematina ácida (1).

Por otra parte, «sangre líquida podrida, que conser-

(1) Debo advertir aquí la técnica empleada para obtener estos dos derivados de la hemoglobina, fué la siguiente:

Acción del ácido sulfúrico sobre la sangre. Precipitación con agua destilada de la hematoporfirina producida. Lavado en filtro de los copos formados, hasta que el agua del lavado no de reacción ácida. Extracción de la hematoporfirina con disolución acuosa de potasa, si se desea la alcalina, o con alcohol clorhídrico si se quiere conseguir la ácida.



vo en el laboratorio desde hace tres años, dió, aún muy diluida, la reacción positiva intensa.

«Sangre sometida» (en disolución acuosa) «a la ebullición» durante varios minutos, produjo también una reacción muy positiva.

«Y sangre sometida a la acción del jabón», así mismo reaccionó positivamente. Más he de advertir, que si se deja jabón en el trapo manchado, es un obstáculo a la reacción, produciendo un precipitado blanco que levemente se va tiñendo de color violeta.

«No basta con que la hemoglobina y sus derivados produzcan siempre resultado positivo con el reactivo de Thévenon y Roland; es preciso, además, saber si no lo producen también otros cuerpos que nada tengan que ver con el pigmento hemático.»

He utilizado al efecto gran número de cuerpos; más de 140, algunos incoloros o blancos; pero, de preferencia aquellos que puedan producir manchas más o menos parecidas a las originadas por la sangre. De esas sustancias, muchas ningún cambio de color han determinado en presencia de la disolución alcohólica de piramidón, o si alguno han originado, ninguna semejanza, desde luego, posee con el amatista a que da lugar la hemoglobina.

De esas sustancias que podríamos llamar negativas para el reactivo de Thévenon y Roland, unas son inorgánicas, por ejemplo:

Cromato potásico, hidrato potásico, hidrato bárico, hidrato cálcico, amoníaco, acetato de cinc, sulfhidrato amónico, nitrato de cobalto, polvo de cinc, fosfato disódico, arseniato sódico, hiposulfito sódico, sulfato amónico, yoduro de cadmio, tungstato sódico, nitrato potásico, yoduro de amonio.

Otros fueron, ya extractos de vegetales, ya sustancias orgánicas de naturaleza diversa, como estas.

Acido pirogálico, tanino, hidroquinona, vesubina, rojo Congo, eritrosina, cianuro potásico, cacodilato sódico, arrhenal, fuchinas ácida y básica, *colesterina*, *clorofila* «líquido (1) céfalorraquídeo, orina diabética, orina purulenta, orina albuminosa, esperma, bilirrubina, orina biliosa», nitroprusiato sódico, piridina, naftol B, acetato de morfina, cotoina verdadera y paracotoina, cuasina, cubebina, pioctanina, papayotina, ergotinina, convalamarina, apomorfina, goma almáciga, fécula de patata, ácido butírico, oxalato amónico, eosina.

«Extractos fluidos» de: espárragos, bálsamo del Tolú, condurango, granado, esencia de naranjas, gelsemio, beleño, hammamelis, alquitrán, adormideras, escila, Kawa-Kawa, ipecacuana, violetas, fumaria, euforbio, quebracho blanco, quina real, senecio, sen, yemas de pino, rábanos yodados, piscidio, ruibarbo, polígala, rosas rojas, muirapuama, felandrio acuático, ratania,

(1) El líquido céfalorraquídeo, que no tenga sangre, no da la reacción, o en todo caso la produce muy lentamente, de tal modo, que es difícil diferenciarla del viraje espontáneo de las mezclas de los reactivos. Pero, cuando hay «indicios de hematies, que es lo ordinario en la práctica», la reacción es positiva. Luego en la mayoría de casos el líquido céfalorraquídeo reacciona positivamente con el Thévenon Roland.

altea, kola, boldo, cáñamo indiano, lactucario, damiana, colombo, genciana, tusilago, espino cerval, valeriana, frambuesas, grindelia robusta, convalaria, hidrastis del Canadá, bálsamo tranquilo.

«De los cuerpos distintos de la hemoglobina y sus derivados que reaccionan de un modo más o menos semejante a ellos, hay unos que con el reactivo de Thévenon Roland, producen igual reacción que el pigmento colorante de la sangre, y otros, una algo parecida; mas no idéntica».

He aquí los que yo he investigado:

Entre los primeros, o sea los que dan origen en presencia del piramidón a una reacción igual a la de la sangre están:

La saliva.

El hidrato sódico y el carbonato sódico.

El carbonato amónico.

Los bromuros de amonio, sodio, potasio y estroncio.

El clorato potásico.

El cloruro amónico.

El cloruro potásico, aunque algo más lentamente que la sangre.

El citrato de bismuto de ese mismo modo.

La narceína y la narcotina.

El formol.

La hidrastinina y la piperina.

El bromhidrato de arecolina.

El clorhidrato de cocaína.

La eucaina y la aconitina.

El yoduro potásico.

El perhidrol de magnesio y el perborato sódico, si bien un poco menos intensamente y un poco más lentamente.

La hematoxilina.

Los metales y metaloides coloidales.

Por cierto, que mientras el azufre, el sulfuro de mercurio y el oro coloidales de la casa Dausse, produjeron una intensa reacción positiva, la plata y cobre coloidales de la casa Clin la dieron negativa.

«Dan origen, por el contrario, a una reacción que recuerda, en cierto modo, la de la hemoglobina, sin ser igual, los siguientes:

El «ácido crómico» en disolución acuosa débil da lugar en presencia del reactivo de Thévenon y Roland a un color pardo, que al agregar el ácido acético se convierte en el violeta intenso que produce la sangre; pero, «antes de añadir el agua oxigenada» y que no desaparece después de esta adición.

El «permanganato potásico», el color de cuyas disoluciones acuosas es bien conocido, y que puede producir en las telas, manchas sospechosas, se decolora al agregar el reactivo; pero la adición del ácido acético hace aparecer en el acto el color violeta de la reacción de Thévenon Roland; antes también, como en el cuerpo anterior del  $H_2O_2$ , y persistiendo así mismo en presencia de ésta.

Igualmente sucede con el «bicromato potásico.»

El «percloruro de hierro» al mezclarlo con los reactivos origina desde los primeros momentos «el color



violeta intenso, característico de la reacción de los pirazoles; mas al añadir el ácido acético pasa al rojo, no alterándose por la adición del agua oxigenada.

La «solución yodoyodurada» que como es sabido produce manchas pardas o violetas, da lugar a un color amatista muy intenso desde el instante en que se añade el reactivo, atenuándose un poco al agregar el ácido acético y el agua oxigenada, y no desapareciendo sino al cabo de largo rato.

La «tintura alcohólica de yodo, origina un color heliotropo al adicionar el reactivo, y un precipitado del mismo color que desaparece por el ácido acético, transformándose en rojo intenso.

El «hipoclorito cálcico» en presencia del reactivo de Thévenon y Roland, produce el mismo color violeta que la hemoglobina, y no desaparece al añadir el ácido acético, y el  $H_2O_2$  aunque se enturbia algo y se atenúa lentamente.

Lo mismo sucede con «el agua de cloro y el ácido nítrico.»

El «bromo» en contacto del reactivo da origen a un intenso color heliotropo que pasa a rosa con el ácido acético y el agua oxigenada.

\*\*\*

Tal es el examen crítico a que he sometido como médico legista, la reacción de Thévenon y Roland.

Después de él, nos hemos de ver obligados, si no a rechazarla, «a sostener por lo menos que no es específica de la sangre, y por lo tanto, que es tan sólo una reacción de posibilidad de la hemoglobina.»

Pertenece también desde este punto de vista, a la misma categoría de utilidad práctica de todas las otras reacciones colorantes conocidas y utilizadas por los clínicos y por los médicos expertos: reacción de Van Deen, reacción de Schoer, reacción de Adler, reacción de Meyer, reacción de Riégler, reacción de Fleig, reacción de Ganassini, reacción de Baechi, etc., etc.

Reconozcamos no obstante, que esta reacción del piramidón, es de las primeras entre las más sensibles; desde este punto de vista, tan sólo se le puede comparar con la de Kastle y Meyer de la fenolftalina, y recordemos que ambas pueden descubrir proporciones del pigmento colorante de la sangre de uno por un millón.

Granada, julio de 1920.

## Las taquicardias y las secreciones internas

POR

E. BONILLA

Indudable es la importancia que tienen las secreciones internas en todas las perturbaciones del ritmo cardíaco.

El concepto de la vagotonia, creado por Eppinger y Hes, y que depende siempre de trastornos endocrinos, nos explica todas las arritmias sinusales, como

la arritmia respiratoria, la taquicardia ortostática, etc.; los mismos extrasístoles, síntomas muchas veces de una lesión cardíaca, se presentan en otros muchos casos sin lesión ninguna, dependiendo solamente de un aumento de excitabilidad del vago y hasta los trastornos de la conductibilidad, cuya causa radica siempre en el fascículo de His; se presentan en ocasiones sin lesión ninguna de este fascículo y sólo son debidos a perturbaciones vagotónicas. Las pruebas de la atropina y la de Josué con el nitrito de amilo, nos permiten hacer el diagnóstico diferencial entre todas estas arritmias por vagotonia y las determinadas por lesión cardíaca.

En las bradicardias sinusales siempre hay aumento del tono del neumogástrico, lo mismo en las patológicas que en las puramente fisiológicas. Todas las personas afectas de bradicardia son vagotónicas, presentando reflejo óculo-cardíaco positivo. La influencia de las secreciones internas sobre la taquicardia es de grandísima importancia y muy poco conocida. Para nosotros, toda taquicardia que no pueda explicarse por una lesión cardíaca, es siempre síntoma de hipertiroidismo. En ningún tratado de patología cardíaca, se da a esto la importancia que merece. Sabido es que la taquicardia forma parte del cuadro sintomático del basedow, pero como ya hemos indicado en otro trabajo (1) muchas veces, el hipertiroidismo existe sin ir acompañado de los síntomas clásicos, y se manifiesta por un solo síntoma, siendo la taquicardia el más constante. De origen hipertiroideo son las taquicardias que acompañan a algunas enfermedades, como la de la tuberculosis incipiente, que es independiente de la fiebre, pues se presenta en casos apiréticos. Muchas veces en la tuberculosis incipiente, existe todo el cuadro del basedow, constituyendo lo que los italianos llaman basedowismo tuberculoso.

La taquicardia paroxística cuando no encontramos una lesión cardíaca que nos la explique, debemos interpretarla también como debida al hipertiroidismo, habiendo casos que comienzan con un ataque de taquicardia paroxística.

Autores de tanta autoridad como Vázquez, reconocen la importancia del hipertiroidismo en toda taquicardia, tanto paroxística como permanente.

Sabrini ha publicado también casos de taquicardia paroxística por insuficiencia ovárica, en los cuales habría seguramente reacción hipertiroidea.

Todos hemos sentido los efectos de la taquicardia emocional.

Toda impresión moral va acompañada de aumento de la frecuencia del pulso. El papel que juegan las secreciones internas en la emoción, es considerable, no pudiendo admitirse que los fenómenos emocionales sean exclusivamente nerviosos. La relación entre las diferentes partes de la economía está determinada no sólo por el sistema nervioso, sino también por las hormonas (mensajeros químicos de Starling), y hay mu-

(1) Bonilla. Contribución al estudio del tratamiento de los estados hipertiroideos. SIGLO MEDICO.



chos fenómenos, tanto vegetativos, como psíquicos, en que no se sabe donde acaba lo nervioso y empieza lo endocrino o viceversa. El sistema nervioso obra sobre las glándulas de secreción interna excitándolas, y a su vez las hormonas, segregadas por estas, actúan sobre el sistema nervioso.

El cuadro que presentan las personas sometidas a una fuerte impresión, es el mismo del hipertiroidismo. En la literatura médica de la pasada guerra, existen muchísimas observaciones de personas que estando completamente sanas, presentan bruscamente, después de un combate, de un cañoneo, etc., el síndrome de Basedow con su taquicardia, su temblor, su exoftalmos, y hasta su bocio. En el terreno experimental ha demostrado Cannon, que en los gatos sometidos a fuertes impresiones, se produce en la sangre un aumento de adrenalina y de hormonas tiroideas; deduciéndose, por tanto, que el tiroides y las suprarrenales son las glándulas endocrinas que más intervienen en la emoción, además de la neuroglia según las interesantes hipótesis de nuestro Achucarro. Si tenemos en cuenta la importancia del tiroides en la emoción y que el hipertiroidismo puede revelarse solamente por algunos, o alguno de sus síntomas; siendo la taquicardia el más constante; ¿por qué no hemos de interpretar toda taquicardia emocional como de origen hipertiroideo? Creemos que no cabe otra explicación. En las personas sanas vemos que hay individuos, que por la más ligera impresión presentan taquicardia; estos por regla general son delgados, activos, irritables, con temperamento hipertiroideo, en una palabra; y al lado de estos hay otros, para los cuales no hay nada capaz de alterar el ritmo de su pulso; estos son tranquilos, gordos, apáticos, temperamentos hipotiroideos.

Aubertin, en un interesante artículo sobre las taquicardias de guerra, expone numerosas observaciones de personas retiradas del frente por presentar taquicardia (1).

Divide los sujetos observados por él en dos grandes grupos; en uno están las taquicardias en las que ha encontrado alguna lesión cardíaca, y en otro, aquellas que no van acompañadas de lesión alguna. En este grupo de taquicardias sin lesión, encuentra cinco que considera basedowianas, por tener los enfermos, además de la taquicardia, otros síntomas de hipertiroidismo. Todas las demás las considera como taquicardias esenciales sin explicar su patogenia.

No podemos estar conformes con esta manera de pensar. Para nosotros todas las taquicardias sin lesión cardíaca que describe, son hipertiroideas, en unas se encuentra el cuadro completo del basedow y en las otras se trata de ligeros hipertiroidismos monosintomáticos que se manifiestan únicamente por la taquicardia. Entre estas taquicardias que llama Aubertin esenciales y nosotros consideramos como hipertiroideas, establece una segunda división según vayan acompañadas o no, de hipertensión. Esto es muy inte-

resante. Conocido es desde los trabajos de Josué, la importancia que en la génesis de la hipertensión tienen las cápsulas suprarrenales; en la hipertensión de la arterioesclerosis, en la de la nefritis, etc., es muy probable que intervenga la adrenalina, pero esto tiene más importancia en las hipertensiones que se observan en sujetos jóvenes, sin que existan lesiones vasculares ni renales ni intoxicaciones (alcoholismo, saturnismo, etc.), sobre todo cuando se presentan como en las observaciones de Aubertin, después de fuertes impresiones pues ya hemos dicho el papel que toman las suprarrenales en la emoción. Sabida la acción de las suprarrenales en el metabolismo hidrocarbonado, se comprende las pruebas a que podían haber sido sometidos esos enfermos; pero no es nuestro objeto estudiar los variados síntomas a que puede dar lugar la hiperfunción medular de las suprarrenales, asunto tan interesante como poco estudiado. Sólo diremos para terminar, que toda taquicardia emocional, sin lesión cardíaca es debida al hipertiroidismo, y si va acompañada de hipertensión que no pueda explicarse por otras lesiones, ha de tenerse en cuenta la hiperadrenalinemia por hiperfunción de las cápsulas suprarrenales.

## TRATAMIENTO de algunas ginecopatías por la fototerapia

Conferencia dada en la Real Academia Nacional de Medicina por el doctor D. Sebastián Recasens, el día 17 de marzo de 1920

Señoras y señores:

Hace escasamente diez años que se celebró en Madrid el primer Congreso Español de Obstetricia, Ginecología y Pediatría. Era entonces ministro de Instrucción pública nuestro compañero D. Amalio Gimeno, y en el discurso que hizo encarándose con los ginecólogos decía: «No creáis que estas cifras tan brillantes que presentáis como resultados operatorios, sean un verdadero progreso. Si como técnica quirúrgica representan un notable avance; como de especialidad médica no pueden ser así admitidas, ya que en la inmensa mayoría de los casos lográis estas curaciones, estos éxitos quirúrgicos, mediante operaciones, siempre cruentas, mutilantes en muchas ocasiones».

Y verdaderamente, tenía razón nuestro ilustre compañero. La Ginecología hace unos treinta y tantos años, tomó un aspecto quirúrgico tan extraordinario, que puede decirse que hablar de enfermedad ginecológica y hablar de operación, era la misma cosa. Se hacían, no centenares, millares de legrados uterinos; en todo proceso metrítrico entraba la cucharilla para combatir lesiones que muchas veces quedaban peor después de operadas que antes. Pero

(1) Ch. Aubertin. Les tachicardies de guerre. Presse Medicale, 24 enero 1920.



al lado de éstas se practicaban otras intervenciones aceptadas aun hoy por todos los ginecólogos: las alteraciones inflamatorias, los procesos flogísticos de los anejos, eran tratados mutilando órganos, extirpando ovarios, pero en una medida tal, que se llegó con la operación llamada de Battey, a extirpar los ovarios de las histéricas, pretendiendo con ello la curación de esta neurosis, fundamentada esta mutilación en el hecho de haber curado alguna pseudo histérica o alguna enferma con trastornos histeriformes por medio de la total castración.

Claro está, que este abuso operatorio dió lugar a una reacción manifestada con sin igual elocuencia por el presidente de la sesión inaugural del Congreso de Ginecología antes mencionado. El ministro de Instrucción pública, al igual que en memorable discurso unos años antes, el hoy presidente de esta Academia doctor Cortezo, al hablar de los grandes remedios naturales, rechazaba el afán operatorio, entonces en moda y negando que fuera un progreso real la operatoria ginecológica y creyendo que sólo era sencillamente una etapa del avance científico, pero que en realidad no significaba una verdadera fase progresiva, ya que representa en la inmensa mayoría de los casos mutilaciones dolorosas.

Indudablemente, no fué inútil la época operatoria, lo que pudiéramos llamar la fase del verdadero furor operatorio en Ginecología. No fué inútil porque, si bien resultó perjudicial para un cierto número de enfermas, para la Ciencia en sí, no resultó inútil, pues se llegó a un conocimiento de la patogenia y de la anatomía patológica de los procesos genitales en una extensión y con una amplitud que difícilmente han alcanzado las otras especialidades médicas.

Pero esto no podía perdurar, no podía persistir el furor iconoclasta y el afán de ir constantemente con el bisturí o con la cucharilla a practicar operaciones, y se produjo la reacción que ya se había iniciado hacia mucho tiempo, defendiendo los ovarios que con tanta facilidad eran extirpados, sustituyendo estas intervenciones por medio de operaciones que se llamaban de Cirugía conservadora. Aquella Cirugía conservadora de hace algunos años, ordinariamente no era más que la Cirugía conservadora de dolores, de las molestias, de la enfermedad. Se practicaban laparotomías para hacer extirpaciones parciales de ovarios, para abrir una trompa, para fijar un ovario en la parte alta del ligamento infundibular para ver si de este modo se llegaba a producir la fecundación; muchas de las enfermas que habían pasado por los peligros de una intervención laparotómica (que díjase lo que se quiera, y por grandes que sean los adelantos, una laparotomía es siempre una operación grave) persistían después con las mismas molestias, tenían los mismos dolores, y lo que en un tiempo se llamó Cirugía conservadora, no era, como hemos dicho en multitud de ocasiones, más que conservadora de la enfermedad.

La tenencia a conservar los órganos se manifestaba, así como la tendencia a curar, prescindiendo de operaciones cruentas; y de diez años a esta parte ha cristalizado esta aspiración en una forma tan efectiva, tan positiva, que han venido una porción de procedimientos a sustituir al operatorio, e indudablemente, aquel que tiene hoy en su poder y sabe emplear gran número de agentes físicos para combatir procesos ginecopáticos, practica muchas menos operaciones que antes, logrando, sin operar, la curación de gran número de enfermedades del aparato genital.

Son tantos los progresos que en los medios físicos se han realizado en estos últimos años, que una obra escrita hace diez o doce años, puede hoy considerarse como una obra anticuada.

Son múltiples, no es un sólo medio físico el que se ha utilizado con gran intensidad en Ginecología. No quiero hablar ni de los rayos X, ni tampoco del radio y mesotorio, porque ello, si bien en los últimos tiempos ha sufrido modificaciones importantes, no sólo en la técnica, sino en la apreciación de los resultados definitivos, ello será motivo de otras conferencias, o, acaso, de otras comunicaciones, y ha dado lugar a un cierto número de publicaciones, y por esto no voy a ocuparme hoy de estos procedimientos, que, siendo indudablemente de resultados extraordinariamente útiles, suprimen en muchísimos casos intervenciones graves, cual es la laparotomía en los tumores miomatosos y en gran número de cánceres de la matriz.

Tampoco voy a hablar en la sesión de hoy de la diatermia, porque algunos de los que están aquí presentes, y la inmensa mayoría de los académicos, recuerdan aquella notabilísima conferencia que el doctor Población, de Salamanca, discípulo mío, dió aquí en este lugar, superando en su conferencia a todo cuanto el maestro suyo en este asunto pudiera decir. Fué aquella conferencia tan completa y tan abundantemente provista de datos, no solamente desde el punto de vista físico, sino de aplicación a la Medicina, y principalmente de aplicación ginecológica, que hoy, hablar de la diatermia, sería repetir los conceptos emitidos por el doctor Población. e indudablemente resultaría inferior mi disertación que la conferencia que hace escasamente dos años se dió en este mismo lugar.

Otros medios físicos que se emplean en la actualidad en Ginecología, no pueden calificarse como de novedad en el sentido absoluto de la palabra; pero el desarrollo que han tomado en estos últimos tiempos hace que tengamos de ocuparnos de ellos con una extensión que, hace muy poco tiempo, hubiera sido considerada como inusitada.

Estos medios físicos son los que se refieren al empleo de la electricidad: la quinesiterapia ginecológica, el método de Bier y la fototerapia.

De todos estos medios, más o menos, todo el mundo ha oído hablar; pero muy raro es el ginecólogo



que hace diez años los utilizaba como medio común de tratamiento. ¿Quién no ha oído hablar de la quinesiterapia ginecológica? Seguramente todos los que a esta especialidad se dedican conocen algunas de sus indicaciones; pero, a decir verdad, son escasísimos los que emplean este medio físico en la práctica corriente.

La curación de las enfermedades por medio de la terapéutica de los movimientos, ya activos en forma de gimnasia sueca, ya pasivos, combinados o no con masaje, forma un capítulo de la terapéutica ginecológica que ha de merecer, por mi parte, alguna conferencia, y, en unión del doctor Conill, varios capítulos del libro que estamos confeccionando, dedicado especialmente al tratamiento de los procesos ginecopáticos por los medios físicos.

Desde la época de las publicaciones de Thure Brandt, poco se ha hecho, en el sentido práctico, en el terreno ginecológico para la divulgación de este sistema, y ello tenía su fundamento en que, si bien es un medio útil para producir estados descongestionantes de la pelvis, que pueden curar ciertos estados metrorrágicos, resultaba mucho más cómodo para los que a tratar esta enfermedad se dedicaban a utilizar la cucharilla cortante y a practicar la legración de la matriz.

La tendencia no operatoria actual trae, como consecuencia, el abandono en cierta parte de los procedimientos cruentos y el resurgimiento de medios físicos, y es éste un capítulo que, indudablemente, ha de tener cada día más importancia por ser de resultados positivos, sin necesidad de recurrir a procedimientos operatorios.

Análogo a lo que decimos de la quinesiterapia, podemos indicar de la electricidad: este es un medio utilizado ya desde antiguo en Ginecología. Ahí está como recuerdo histórico aquel método de Apostoli, muy digno de alabanza, que para el tratamiento de los fibromas uterinos se empleó en casi todas las clínicas del mundo dedicadas a esta especialidad. Hoy está abandonado porque otros medios físicos nos proporcionan medios más seguros de combatir enfermedades.

Pero si la electrolisis ha sido abandonada en el tratamiento de estas neoplasias del útero, en cambio la utilización de las corrientes galvánicas, de las farádicas, de las sinusoidales y de las de alta frecuencia con alta y baja tensión, ha adquirido un desenvolvimiento tal que el capítulo de la electroterapia ginecológica constituye un punto interesantísimo que no puede dejar de conocer y utilizar todo especialista.

Aunque con no tanta extensión, deben asimismo conocerse las diferentes modalidades de aplicación del método de Bier, que en Ginecología pueden representar un medio curativo sencillo y puesto al alcance de todo médico práctico.

Por último, y este va a ser el motivo fundamental de nuestra conferencia de hoy, debe ocupar un lu-

gar preferente en la terapéutica ginecológica, el empleo de la luz, cuyos efectos curativos en algunas enfermedades han pasado de la época del empirismo a la de un empleo científico basado en los conocimientos de la acción física y biológica de las diferentes radiaciones luminosas.

La fototerapia aplicada a la ginecología, no es tampoco asunto nuevo. Riecl, a mediados del siglo pasado, utilizaba los baños de sol, es decir, la helioterapia empírica, para combatir menorragias y metrorragias, así como también para modificar estados cloróticos, que si bien como resultado final conducen a la amenorrea, van en muchas ocasiones precedidos de pérdidas abundantes de sangre.

La práctica de Riecl era puramente empírica; pero no hay ninguna duda que el resultado del tratamiento en ciertas ginecopatías, no podía ser puesto en duda.

La helioterapia ginecológica fué más tarde estudiada por Sneguirew de Moscou, en su aspecto científico, y los trabajos posteriores de Rollier de Leysin y los de Novo, en Davos, han convertido este tratamiento en un medio terapéutico de índole completamente científica y de resultados positivos en el tratamiento de algunas enfermedades ginecológicas.

Al estudiar la helioterapia llamó considerablemente la atención que los resultados que se obtenían eran completamente distintos entre los observados en las grandes alturas y los que se obtenían en el llano. El sol de las altas montañas produce unos efectos curativos que no se obtienen con el sol de la llanura y esta diferencia de acción del mismo agente, indujo al estudio físico del espectro solar en la alta montaña y al nivel del mar.

Los estudios comparativos de ambos espectros, demuestran que algunas de las radiaciones que son abundantes en las alturas, al atravesar las capas de aire para llegar a las llanuras, disminuyen considerablemente y precisamente en las diferencias de unas y otras radiaciones, es en donde debe encontrarse la explicación de los diferentes efectos alcanzados en el tratamiento de algunas enfermedades.

El espectro solar está constituido por un conjunto de rayos de diferente longitud de onda, que se extienden en su parte visible, desde el rojo con una dimensión de 700 micras, hasta el violeta que sólo tiene 400.

## La lipasa del suero en los tuberculosos

POR EL

DR. F. G. GUIJARRO

La cubierta lipoidea de los bacilos tuberculosos les da caracteres biológicos y propiedades inmunígenas peculiares. A los compuestos lipoides del bacilo se ha concedido una considerable importancia en el problema inmunobiológico de la tuberculosis.



Ya Fiessinger y P. L. Marie, investigaron la lipasa de los exudados de naturaleza tuberculosa, encontrando en ellos una potencia lipolítica muy superior a la de los exudados con polinucleosis de supuraciones agudas. También son clásicos los trabajos de Metchnikoff sobre la oruga de un insecto que infecta las colmenas de las abejas, y que se alimenta de la cera que estas fabrican. Esa oruga se pensó que tan bien lipolizaba la cera de abejas de que se nutría, debía lipolizar asimismo, la cera bacilar y facilitar, al desproteger al bacilo, el proceso de bacteriolisis. Para esta oruga los bacilos tuberculosos no serían invulnerables. Los hechos, sin embargo, desmienten estas teorías. Los bacilos acidoresistentes, fueron encontrados al cabo de cinco o diez días todavía vivos y virulentos en el cuerpo de la oruga.

Deyche y Much al tratar a sus enfermos por los antígenos parciales, no hacen sino estimular la formación de anticuerpos parciales, entre ellos los de acción lipolítica que corresponden a los *Fettsäurelipoid* (F) y las grasas neutras (N) del cuerpo bacilar. Como se ve, este tratamiento por los a. p. trata, entre otras cosas, de desnudar al bacilo de Koch de la envoltura grasa con que se defiende y protege.

La lipovacuna de Borsan-Balvay en la que se cuidan de recoger desolviéndolos, los cuerpos grasos del bacilo tiene una finalidad semejante: despertar defensas, anticuerpos, fermentos de acción lipolizante que incinda y abra la brecha en la cubierta cerca del bacilo.

Nuestros trabajos han tenido por objeto, conocer la actividad lipásica del suero sanguíneo de los tuberculosos pulmonares, por si se pudiera emplear esa cifra como un índice de la reacción defensiva del organismo y podía tener algún valor pronóstico. Los resultados obtenidos no han sido muy demostrativos ni convincentes.

He aquí nuestras observaciones:

Observación 1.<sup>a</sup>—Señora de M. Ciudad Lineal. 29 años, tuberculosis pulmonar de forma fibrocásica. Fiebre 39°. Abundantes sudores nocturnos. B. de Koch en los repetidos exámenes de los esputos. Pneumotorax artificial. A los tres meses, remisión de los síntomas. Aumento considerable de peso. Lipasa del suero 0,32 c. c. de sol.  $\frac{1}{10}$  N. (1).

(1) Los procedimientos que se emplean para determinar la lipasa de la sangre son dos: método de Rona-Michaelis y el de Lowenbart.

Nosotros hemos empleado este último, que consiste en colocar en cuatro tubos secos y esterilizados, un centímetro cúbico de suero sanguíneo en cada uno. Se agregan después 4 c. c. de agua destilada y medio c. c. de butirato de etilo sólo en dos de ellos. Se agitan, se cubren con toluol, se tapan y se llevan a la estufa a 38° por 24 horas. Al cabo de este tiempo se enfrian rápidamente, se les añade a los cuatro tres gotas de azolitmina y se determina la acidez de los dos que tienen butirato, y la alcalinidad de los otros dos. El butirato de etilo por acción de la lipasa, se desdobra en ácido butírico y alcohol etílico. El primer ácido que queda libre, se combina con las sales alcalinas de la sangre, y por eso al evaluar la cantidad de ácido butírico que ha formado, hay que sumar la cifra de la acidimetría a la de la alcalimetría referidos a las soluciones  $\frac{n}{10}$  de sosa y ácido clorhídrico respectivamente.

El procedimiento de Rona-Michaelis fundado en los cambios que experimenta la tensión superficial del éter monobutírico de la glicerina (monobutirina) en presencia de los líquidos que contienen lipasa, es más complejo y no tenemos experiencia sobre él.

Observación 2.<sup>a</sup>—Señorita de G. Elche. 25 años. Pleuritis tuberculosa. Fiebre 37,5. Leucopenia. Lipasa del suero 0,24 c. c.

Observación 3.<sup>a</sup>—J. B. Hombre de 34 años, tuberculosis pulmonar fibrocásica, tipo bronconeumónico izquierdo, febril, hemoptoico. Lipasa del suero 0,23 c. c.

Observación 4.<sup>a</sup>—M. G. joven de 19 años, tuberculosis pulmonar. Fibrocáseum unilateral. Hemoptoico y febril. Pneumotorax. No remiten los síntomas. Gran demacración, anorexia, diarrea muy rebelde, incoercible; considerable pérdida de peso. Lipasa del suero 0,042 c. c.

¿Qué nos dicen estas cifras?

La cantidad normal de lipasa es capaz de desdoblar el butirato de etilo empleado para la determinación, en la proporción de 0,2 a 0,3 c. c., referido a solución decinormal. Las cantidades encontradas en nuestras cuatro observaciones apenas se separan de esta cifra, salvo la observación cuarta, en que es muy inferior a la normal. En este último caso vemos por el cuadro clínico, que las fuerzas defensivas del organismo parecen casi derrotadas, anunciando un fin inmediato y fatal.

No nos atrevemos a sentar conclusiones generales y definitivas, por que el número de nuestras observaciones hasta ahora muy escaso, pero si hubieramos de concretar en una proposición el resultado alcanzado en estos modestos trabajos nuestros, diríamos que la lipasa del suero del tuberculoso parece que está en cantidad normal y que acaso su disminución puede indicar un mal pronóstico.

En esto, nuestras investigaciones han dado resultado semejante a las de Calmette, que inoculaba cera de abeja, lecitinas y cera de bacilos a los tuberculosos, sin encontrar aumento en la potencia bacteriolítica del suero frente a los B. tuberculosos. Nosotros pensábamos que los bacilos tuberculosos, actuando como antígenos debían aumentar en el plasma la proporción normal de lipasa; no hemos podido, sin embargo, confirmar nuestro punto de vista teórico.

Proseguimos nuestros trabajos con mayor material clínico, y pensamos dar cuenta de los resultados que viertan, y que tendrán más firme fundamento experimental que los que ahora publicamos.

No queremos dar fin a estas líneas, sin dedicar nuestro agradecimiento más readido al doctor Gutiérrez Gamero, jefe de la sección de Tisiología de la Clínica de Terapéutica de la F. Central de Medicina, quien nos ha proporcionado enfermos y material de laboratorio con una solícitud y entusiasmo docente excepcionales.

Madrid junio 1920.





## Periódicos médicos

### OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

#### 1. Técnica de la inyección intercrico-tiroidea y de la tráqueo-fistulización, por el doctor G. Rosenthal.

La vía transcutánea intercrico-tiroidea, es esencialmente la vía lógica de introducción directa de agentes medicamentosos en la tráquea, cuando el enfermo no puede prestarse a la maniobra de la inyección intra-traqueal transglótica. La inyección no debe hacerse con aguja recta, la cual hierde la pared posterior de la tráquea a cada movimiento de la laringe, o por lo difícil que es graduar su penetración, es preciso utilizar agujas curvas, que se introducen fácilmente por un movimiento natural de la mano derecha, guiada por el índice izquierdo, fiel guardián del borde superior del cricoides, o del borde superior del cartilago tiroides. Cuando la aguja está colocada, la inyección se pone lentamente con la jeringa, o por medio de la maniobra de gota a gota. Terminada la inyección se retira la aguja, no siendo necesaria ninguna cura, aunque es útil plegar la piel y poner en poco de tintura de iodo. Si se quiere evitar todo reflejo, se inyectan diez minutos antes de la inyección activa, de 2 a 6 c. c. de novocaína francesa al 0'50 por ciento con adrenalina. La inyección intercrico-tiroidea no puede repetirse indefinidamente porque se llegaría rápidamente a la permanencia de un trayecto desde la cavidad traqueal a la región subcutánea. Cuando se trate de repetir las inyecciones, hay que colocar las cánulas de traqueotomía en miniatura del A., que realizan la inyección intercrico-tiroidea permanente y sirven también para la inyección simple o temporal. Estas cánulas tienen diámetros interiores de 1, 2, 3 y 4 mm., siendo las dos primeras el instrumento de elección para el tratamiento de las bronconeumonías. Para colocar la cánula se limpia la piel con tintura de iodo, lavando después con alcohol débil. La técnica exige dos tiempos: la incisión en ojal de un cm. de la piel y la punción consecutiva del espacio intercricotiroideo con la cánula montada con su trocar. La incisión evita todo peligro de supuración subcutánea por infección a lo largo de la cánula. La inyección medicamentosa se hace con la jeringa previa inyección muy lenta de 4 a 6 c. c. de novocaína francesa. La anestesia, a veces muy fácil, es, con frecuencia, muy difícil de obtener. Los modelos de cánula de tráqueofistulización de uno y dos milímetros de diámetro son insuficientes para dejar paso a una respiración vicariante y para responder a esta indicación, es preciso utilizar los modelos de tres y cuatro milímetros. Su manipulación es ligeramente diferente, porque exige además la punción con bisturí de la membrana intercricotiroidea. Con este método de inyecciones se realiza la verdadera terapéutica de las afecciones pulmonares difusas bilaterales y graves. Su acción se extiende desde las bronconeumonías a

las supuraciones pulmonares y a las laringitis tuberculosas. Las figuras que ilustran el trabajo, facilitan en gran parte la ejecución de la técnica.—(*Paris Medical*, núm. 26, 26 Junio 1920.)—E. Luengo.

### CIRUGÍA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

#### 1. Nefrectomía por cáncer de riñón, con uremia y muerte de la enferma.—El doctor Mariano Fontecha refiere el siguiente caso clínico:

Señora de Santander, de unos sesenta y dos años de edad, madre de uno de los mejores médicos de aquella provincia y persona de gran posición.

Enferma hacía algún tiempo, fué vista por casi todos los compañeros de allí y entre ellos, por los doctores Quintana y Madrazo, fué diagnosticada de cáncer de riñón y propuesta la operación como tratamiento.

Visto el juicio de aquellos compañeros, se trajo a la enferma a Madrid, donde fué también reconocida por el doctor Cardenal, confirmando todos el diagnóstico de cáncer de riñón derecho.

Se hizo separación de orinas y se vió el funcionamiento del riñón izquierdo, conviniendo, en vista de que éste estaba sano, que fuera operada por el doctor Cardenal, ayudado por el que firma esta nota clínica.

Hecha la operación, que resultó un poco laboriosa por las adherencias que tenía, se extirpó un riñón enorme y analizado el tumor se confirmó que era cáncer, que ocupaba el polo inferior del riñón, quedando la parte superior relativamente sana y en condiciones de segregar.

El curso de los ocho o diez primeros días era bastante bueno, orina abundante y normal de composición, estado general de la enferma bueno, sin fiebre, sin más molestia que la producida por la herida, la que tenía un color rojo, limpia y sin secreciones.

Hacia el día 11, la enferma se levantó un ratito, pero fuera que se enfriase o por otra causa, apareció al día siguiente con una neumonía del lado izquierdo que agravó a la enferma hasta el punto de poner en peligro la vida. Consultados varios compañeros y con la asistencia continua de todos, la enferma venció su enfermedad, pero presentando entonces un aspecto que no había tenido hasta entonces y era el siguiente: La herida, que era roja, se puso pálida como de carne lavada, y con un exudado amarillento y transparente pero espeso, como gelatinoso, que se adhería a los bordes. Las granulaciones que se venían formando muy bien, no solo no aumentaban, sino que parecían retroceder, aumentando el tamaño que tenía la herida.

La enferma que no había tenido ningún trastorno gástrico ni intestinal, empezó con una diarrea muy líquida que se resistía a todo tratamiento, se presentaron vómitos que no se corregían con nada y la cantidad de orina desminuida así como el sudor. Fiebre ligera, 37 y medio.



Se le administraron todos los diuréticos y antisépticos urinarios, así como los antidiarreicos imaginables; se hizo todo cuanto se pudo y a pesar de haber sido vista la enferma casi por todas las eminencias que había en Madrid, falleció a los dos meses precisamente de operada, en pleno coma urémico.

Este caso que al parecer es un caso corriente de uremia, pues así fué visto y diagnosticado, se presta a pensar en varios puntos: 1.º, en la función que pudiera desempeñar el riñón enfermo, en su parte superior sana; 2.º, en que la función del sano no era muy estable, pues bastó una neumonía para romper esa estabilidad y dar lugar a la muerte de la enferma; 3.º, a pensar en una secreción interna de riñón como causa de la uremia (cosa que me ocupará en otra ocasión), y y por último, en que por la edad de la enferma pudiera haber una esclerosis renal que fuera la causa del funcionalismo deficiente del riñón izquierdo, bastante en estado normal del individuo, pero insuficiente en estado de funcionalismo forzado como supone el período de retorno de una neumonía. En el caso primero creemos que puede pensarse en que la función del riñón sano más la de la parte sana del enfermo, eran suficientes para resistir las alternativas propias de su función; se extirpa el enfermo y el otro riñón resiste bien el aumento de trabajo, pero viene la neumonía y provoca el desequilibrio y el origen de la uremia.

Del segundo punto, pensamos, que cuando se hizo separación de orinas y vimos que su composición era normal, no pudimos pensar en que no fuera capaz aquel riñón de eliminar todos los productos que eliminaban los dos, sobre todo viendo la cantidad de orina, que después de operada la enferma era de composición idéntica.

Respecto al tercer punto, aunque quiero tartarlo aparte, pues tengo empezados trabajos que pienso publicar en esta revista, hoy diré que es muy posible y está demostrado, que aún con falta de eliminación de urea y aún con aumento de la cantidad en la sangre no se presenta la uremia, de modo que *no es solo* la disminución de eliminación de urea y demás componentes de la orina, la que provoca la uremia, hay que pensar en otra cosa, que nosotros creemos pueda ser una secreción interna de riñón, la que siendo deficiente pueda provocar la uremia y aún la eclampsia, y en relación al último punto ya explico lo que a mi juicio puede hacer la esclerosis renal en esta enferma.

Por todo lo expuesto cabe discutir si la indicación operatoria en esta enferma estaba bien hecha o no. Yo creo que sí, a pesar de lo ocurrido; digo esto, porque si esta enferma no se opera, la terminación hubiera sido fatal, y en cambio, con la operación podía haber sobrevivido. Además, si esta enferma no tiene su proceso inflamatorio pulmonar, es muy posible que no hubiera ocurrido nada, a juzgar como se presentaba el curso postoperatorio, y en este caso, entre la muerte segura por cáncer, a la muerte probable por uremia, no cabe la discusión.

La edad de la enferma no puede oponerse a las indi-

caciones de la operación, pues sabemos que la edad más favorable para el desarrollo del cáncer, es de los cincuenta años en adelante.

Así es que sigo pensando que en este caso la indicación estaba bien hecha; que la operación no pudo ser la causa inmediata de la muerte, pues ésta hubiera sido o por shock o por uremia, pero en los días primeros, no después de once días de un estado general excelente. Y, por último, que lo que rompió el equilibrio funcional del riñón fué la neumonía, y a ésta se le debe imputar la uremia y muerte de la enferma a los dos meses de operada.—(*Información Médica*, Cuenca 15-7-920.)

#### DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA EN LENGUA EXTRANJERA

I. Un procedimiento para la tinción electiva de los espiroquetes en cortes aislados del sistema nervioso central, por el doctor Jahnel.—Hasta ahora la tinción de los espiroquetes en el sistema nervioso central sólo se había conseguido en bloques, y realmente sólo interesa hacerla en cortes cuando se quiere poner de manifiesto en dos de ellos muy próximos y, por consiguiente, casi iguales la relación en que se encuentran los espiroquetes y los elementos celulares del tejido. La coloración se hace por medios coloidales, empleando además un coloide protector que suele ser la goma arábiga. La coloración de los cortes tropieza con dos inconvenientes principales: el primero es la fijación de la pieza misma que puede ser diferente en las diversas partes de la preparación; el segundo es el que la goma arábiga es de muy diferente constitución según el sitio de su procedencia. Esto último da lugar a que haya que modificar en cada caso las concentraciones de la plata y de la hidroquinona. Para colorear los espiroquetes en los cortes por congelación se procede de la manera siguiente: Con el material conservado en formol se hacen por congelación cortes que deben ser muy finos y de espesor muy regular, es decir, por todas partes el mismo. Los cortes se colocan por espacio de una a doce horas en una solución concentrada de piridina. Luego se lavan concienzudamente en agua destilada que se cambia repetidas veces, y una vez hecho esto, se trasladan al alcohol de 96° en el que se tiene por espacio de una hora. Un lavado breve en agua destilada y después se les somete a la acción del sulfato o del nitrato de urano (*libre de sodio*) en disolución al 5 por 100. En esta solución se tienen los cortes dos horas en la estufa. Después de lavarlos en agua destilada por espacio de un minuto solamente se introducen los cortes en una solución de nitrato de plata al 1 por 100 y se tienen tres a seis horas en la estufa a la temperatura de 37°; si la temperatura es mayor o la solución más concentrada, es fácil que se produzcan alteraciones de la plata. Inmediatamente comienza el revelado, para lo cual se pasan los cortes directamente, sin lavado previo a una capsulita donde



## MEDICINA

## EN LENGUA EXTRANJERA

## I. Contribución al estudio del corazón pequeño, por el doctor E. Meyer.

—El tamaño del corazón que se puede determinar en la clínica, depende de numerosos factores como son la forma del tórax, la altura del diafragma, el acúmulo de grasa debajo del pericardio, pero los más importantes son el volumen de la masa muscular y la repleción de sangre. La distinción de la parte que toman estos dos factores en el tamaño que en cada caso ofrece el corazón suele ser muy difícil. Un dato que puede servirnos para establecer esta diferencia, le constituyen las modificaciones de tamaño que en el curso del tratamiento y a veces en el de la exploración misma puede sufrir este volumen. Generalmente el volumen que en un principio era demasiado grande se reduce. Mucho más raro es que suceda lo contrario. En presencia de un caso de corazón pequeño tenemos que preguntarnos si se tratará de una hipoplasia del corazón y entonces suele adoptar la forma de corazón en gota (Tropfenherz) de Kraus o bien ser un corazón pendulo por estar falto de base de sustentación. Sin embargo, un corazón pequeño puede no presentar forma ni posición anormales. Tampoco para el caso del corazón pequeño es fácil determinar qué parte toma en la reducción de volumen la atrofia del músculo cardíaco y cuál la disminución de la cantidad de sangre. Cita el autor a continuación un caso muy demostrativo. Se trataba de un joven que desde dos años antes venía padeciendo del estómago vomitando a menudo. A pesar de medir un metro ochenta de talla, sólo pesaba 50 kilos y medio, lo queda idea de su delgadez. El examen de los órganos torácicos demostró que el corazón era sumamente pequeño, medía 8,8 c. de ancho por 9,4 de largo. Su superficie medía unos 63,8 cm<sup>2</sup>, el cociente cardíaco reducido según Geigel 10,1. Después de la exploración se presentó una hematemesis y fué admitido en el hospital y tratado por espacio de seis meses, tras de los cuales pesaba 72 kilos y medio, y el corazón medía 11,2 cm. de ancho y 13 de largo; superficie 121,9 cm<sup>2</sup>, cociente de Geigel, 18,5. Las dos radiografías antes y después del tratamiento demuestran que el diafragma no ha variado de posición, de modo que no puede atribuirse la modificación de los diámetros a la mayor repleción de los vasos abdominales ni al mayor acúmulo de grasa en esta región. La mayor intensidad de la sombra en la segunda radiografía acredita que también ha aumentado el corazón en espesor. El cociente de Geigel se determina elevando a la potencia  $\frac{3}{2}$  el valor de la superficie de la sombra en la radiografía y dividiendo esta potencia por el

$$\frac{S^{\left(\frac{3}{2}\right)}}{P}$$

peso del individuo, es decir  $\frac{S^{\left(\frac{3}{2}\right)}}{P}$  en las personas normales este cociente no debe ser inferior a 13. En el caso presente tenemos  $S^3 = 63,9^3 = 260.917,119$  y la raíz cuadrada = 510,8 que dividida por P da el valor de 10,1. De igual manera se puede calcular en lase-

se tiene una solución de nitrato de plata al 2½ por 1000 (cinco centímetros cúbicos). Al cabo de un rato se añaden a estos cinco c. c. de solución de NO<sub>3</sub>Ag unos 20 c. c. de solución de goma arábica al 70 por 100 (solución acuosa) y se procura mezclar bien ambos líquidos agitando la cápsula. Luego se añaden otros cinco c. c. de solución acuosa de hidroquinona al 5 por 100 que no lleve preparada más de ocho días. Y desde este momento comienza a realizarse el revelado que se debe observar detenidamente. Después de agitar bien la cápsula para que los líquidos se mezclen bien, se tiene el corte en esta mezcla, cuidando de que esté bien extendido por espacio de diez minutos. Pasados éstos se traslada el corte a una cápsula grande llena de agua. También se puede trasladar el corte a una solución de hiposulfito sódico al 10 por 100, o echar esta solución en la misma cápsula que contiene la solución de nitrato de plata porque en el momento en que el hiposulfito se pone en contacto con el corte comienza la fijación, pero cuando se lava con cantidad suficiente de agua y por esto vale más emplear dos cápsulas en vez de una, no es necesaria la citada sal sódica. El lavado tiene por objeto, aparte de quitar los restos de plata llevarse los de goma, porque sino con el alcohol se endurece y se enturbia. La permanencia en el agua por espacio de mucho tiempo no perjudica a los cortes. Estos se tratan por fin siguiendo la técnica corriente por el alcohol, xilol y bálsamo para montarlos. Los cortes incluidos en celoidina se tratan de la misma manera, pero teniendo en cuenta que la celoidina se disuelve en la piridina pura. Además tienen menos tendencia a teñirse las fibras nerviosas y tal vez más las células de neuroglia. Por otra parte, es fácil que se originen precipitados y formaciones artificiales. Debe revelarse con una solución de nitrato de plata más concentrada que en el caso anterior, es decir, al 5 por 1000. Es de absoluta precisión el empleo de la piridina, en cambio no lo es el uso previo de alcohol de 96°. Durante el revelado, sobre todo al añadir la hidroquinona no debe salir el corte a la superficie ni quedarse en el fondo; en el primer caso se revela con excesiva rapidez y aparecen muy manifiestas las fibras y se producen precipitados que estorban para el examen de la preparación; en el segundo caso el revelado es demasiado lento y se corre el riesgo de comenzar a fijar cuando aún no sea completo. Los cortes bien teñidos tienen un color homogéneo pardorrojizo; si el corte presenta excesos de coloración en algunos puntos es porque su espesor es desigual. El sulfato de urano da una coloración de fondo más amarillenta y el nitrato una coloración más rojiza. También hay que tener gran cuidado de evitar los pliegues durante el revelado y, principalmente, cuando se encuentra bajo la acción de la hidroquinona; si ésta no actúa sobre ambas caras por igual, queda una de color más claro que la otra y generalmente los espiroquetes resultan poco teñidos. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 15 de julio de 1920.)



gunda exploración. Este cociente en las personas normales no debe ser inferior a trece. Reflexionando acerca de la causa de que el corazón fuese tan pequeño en este caso tenemos como hipótesis más probable la de que se debe esta reducción a la disminución de la cantidad de sangre que circula por él; primero porque la historia de la úlcera gástrica nos da idea de que este enfermo perdía sangre aunque no podamos precisar cuanta. Además en el primer examen la diferencia entre las medidas del corazón y las normales es mucho más marcada que la que existe entre el peso del enfermo y el peso normal de un individuo de esa talla. Ahora bien, en casos de deficiente alimentación el corazón pierde de su masa una proporción mucho menor que las demás partes del cuerpo, luego en este caso, la reducción tan marcada que había no podía depender sólo de la hipoplasia, sino que, tenía que intervenir también el estado de repleción. Por otra parte, la mejoría experimentada en seis meses, teniendo en cuenta que el enfermo estuvo sometido durante ellos a reposo en cama y que el aumento de peso fué debido al acúmulo de grasa en el tejido celular subcutáneo y no al aumento de las masas musculares, no se explica sino por haber aumentado la cantidad de sangre. Contribuye a fortalecer este criterio el dato de que la hemoglobina que por el procedimiento de Sahli alcanzaba en la primera exploración un valor de 24 por 100, aumentó en la segunda 87 por 100. Sin embargo, el autor que ha investigado el estado del corazón en todos los ulcerosos que ha visto después del caso citado no ha vuelto a encontrar corazones pequeños. Es que tal vez no sólo las pérdidas de sangre tan prolongadas sino también la falta de cuidado y la inanición hicieron que el enfermo se demacrara hasta el punto que no se pudiera sustituir la masa de la sangre todo lo que hubiera sido necesario después de cada hematemesis por reabsorción de líquido de los tejidos. A consecuencia del estudio de este caso interesó al autor averiguar si por extracción de sangre se podría reducir el volumen del corazón y los experimentos hechos con este fin en conejos le han demostrado que sí, y le han permitido ver el momento en que por absorción de agua de los tejidos se restablecía el volumen de sangre y el corazón recuperaba el suyo. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 15 de julio de 1920.)

**2. Patogenia apnéica de la ictericia emotiva, por L. Plantier.**—Ninguna de las soluciones propuestas por los autores para explicar la patogenia de esta afección es plenamente satisfactoria; todas ellas, espasmo de las vías biliares y del esfínter de Odi, hiperemia nerviosa, vaso-dilación, reflejo de los capilares del intestino, son objeto de serias objeciones o de reservas en ciertos casos. Plantier publica un caso y explica esta ictericia por la apnea, la suspensión de la respiración y retracción del tórax a consecuencia de un estado de terror o emoción fuerte. La suspensión de la

respiración congestiona el hígado, reteniendo en éste la sangre que viene de la vena porta, cesando de verse en la cava inferior; esta sangre en exceso dilata las ramificaciones de las venas supra-hepáticas y portas en el hígado, amplificando las dimensiones de este órgano, hasta el máximo de distensión de la cápsula de Glisson. Si la apnea continúa, el aumento de la masa sanguínea intra-hepática se hará a expensas de las partes compresibles intraglandulares, es decir, a expensas de los canaliculos biliares. Los vasos sanguíneos dilatados, aplastarán la luz de estos canaliculos y la bilis no irá a la vesícula ni al duodeno, sino que el estasis puede dar lugar a una comunicación entre los canaliculos y los espacios linfáticos y vasos sanguíneos dilatados y de pared adelgazada; los pigmentos biliares pasarán a la sangre. Sin embargo, la apnea por si sola no es capaz de provocar la ictericia en todos los individuos indistintamente, pero en un hipohépatico, ya sea la insuficiencia hereditaria o adquirida, una emoción viva puede dar lugar a la ictericia.—(*Paris Medical*, número 25, 19 junio 1920).—*E. Luengo*.

**3. Los accesos de fatiga de origen hepático, por el Dr. R. Glénard.**—Una de las manifestaciones morbosas más frecuentes de las congestiones pasajeras del hígado, consiste en una fatiga especial, generalmente continua durante todo el tiempo que dura el vicioso funcionamiento del hígado, aunque presenta cambios de intensidad, alcanzando su máximo por la mañana y poco después de las principales comidas. Su principio es inopinado, sin ninguna relación con los esfuerzos y la marcha. En su periodo más pronunciado, este género de fatiga consiste en una laxitud extrema, inexplicable, con tendencia al sueño, frecuentemente sin cefalea, reapareciendo las fuerzas físicas al cabo de poco tiempo, sin perjuicio de una próxima recaída. Se diferencia de la fatiga del *surmenage*, en que ésta sobreviene después de un gran trabajo muscular y se acompaña de curvatura de los miembros, constituyendo el reposo su principal tratamiento; lo mismo sucede con la fatiga de la convalecencia, causada por los primeros esfuerzos. La fatiga diabética es permanente y se acompaña con frecuencia de pereza genital. En la neurastenia hay dolores de la nuca, y la fatiga de la enteroptosis se provoca sobre todo por la bipedestación. La patogenia de la fatiga hepática debe buscarse en una auto-intoxicación. Desde el punto de vista del tratamiento, está absolutamente contra indicado el alcohol; se recurrirá al sulfato de sosa, a los alcalinos al arsénico, a la estrimina a dosis débiles y a veces a la opoterapia hepática; se impondrá un régimen severo de reposo hepático y un ejercicio moderado.—(*Le Courrier Medical*, 13 de junio 1920).—*E. Luengo*.



# EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

## PROGRAMA PROFESIONAL

*La función sanitaria 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

**En todas partes cuecen habas.—La verdad en su punto.**

El tifus exantemático parece que sigue haciendo estragos en Polonia. No entraremos en esta sección en consideraciones acerca de por qué esto sucede, dadas las circunstancias de la índole, la etiología y el modo de propagación de esta plaga por una parte y por otra parte las del estado actual de la nación polaca, la penuria de su alimentación, el estado de guerra y la antecedente y habitual manera de vivir de sus habitantes. Sobre lo que sí debemos hablar es sobre lo que ocurre respecto de acudir los demás países de la Liga de las Naciones en auxilio y con remedio para combatir el mal y cortar su posible propagación. De lo que leemos en la Prensa extranjera pudiéramos deducir una consecuencia consoladora, si fuéramos tontos, por aquello del «mal de muchos...» Y si fuéramos inhumanos, por lo de «lo que no es en mi año, no es en mi daño». Pero como no nos tenemos por completamente tontos para que nos consuele lo generalizado del mal, ni consideramos como ajeno nada de lo que es humano, por aquello de «homo sum et nihil humano a me alienum puto», debemos criticar lo que fuera de nuestra casa ocurre, como si en el propio lugar ocurriera.

Leemos el siguiente telegrama:

#### “EL TIFUS EN POLONIA

**Acuerdos de la Sociedad de las Naciones.**

LONDRES, 5

Como la epidemia de tifus que reina en Polonia y Galitzia, constituye un peligro para todas las naciones, el señor Faliur, obtando en nombre del Consejo de la Sociedad de las Naciones, ha dirigido un llamamiento a los distintos Gobiernos que forman parte de ésta para que se hagan efectivas inmediatamente las 250.000 libras esterlinas, parte de la cantidad que se considera necesaria para combatir dicha epidemia.»

Es decir, que para combatir una infección de marcha rápida y mortalidad enorme, tan rápida a una y tan enorme la otra, como pueden tenerlas

el cólera o la peste, para combatir un mal de causa perfectamente conocida y de remedio probadamente eficaz, se reúnen seis millones doscientas cincuenta mil pesetas y pasan días, semanas y meses sin que se acuda con la presteza necesaria a resolver una cuestión de reconocida urgencia y en la que todo el mundo ha mostrado voluntad de intervenir.

¿Hay más que hacer que reunir rápidamente el dinero, acudir a las comarcas infectadas, aislar, despiojar y alimentar a las gentes? Pues ¿por qué no se hace? No se nos ocultan las dificultades del procedimiento y aun suponemos que habrá muchas otras que nosotros no podemos presumir por falta de datos actuales; pero de todas suertes, lo que nos asombra y nos contrista es el ver que nos encontramos todavía en el periodo previo de la reunión de los recursos. Esto, sin ofensa para nadie, demuestra que el aspecto sanitario de la referida liga se encuentra todavía en un periodo embrionario, del cual es necesario que con toda premura se salga para dar al mundo la sensación de la utilidad y la conveniencia. Esos millones de pesetas, llegando a su sitio de natural aplicación, con uno o dos meses de retraso y sin contar con la organización debida para disponer de su aplicación y empleo, serán por hoy un dinero tirado, y para lo porvenir significaran un argumento negativo de su necesidad.

Mucho se nos moteja a los españoles en materia de sanidad; pero mucho de lo motejado, que es verdad en cuanto se refiere al sistema de higienización normal y perseverante, en cuanto a la rapidez y urgencia de acudir contra las plagas inesperadas e invasoras, estamos por decir que pueden aprender de nosotros los extraños, pues ni contra el cólera de 1885, ni contra la peste de 1899, ni contra las epidemias de Vendrel y Canarias, anduvimos con tantas lentitudes y tramitaciones morosas, y quizás a nuestra actividad se debió el que Europa no se viese en todos estos casos invadida.

A cada uno lo suyo, ya que en las campañas sanitarias es una verdad inconcusa que a los triunfos positivos nunca corresponden aplausos, reconocimiento ni gratitud, sino, a lo sumo, desdeñoso



silencio. Asoma una epidemia, se la combate, se la aísla y se la aniquila... ¿A quién se le ocurre luego alabar el hecho de que no se haya propagado? Por el contrario, se propaga e invade otros países; es entonces de oír lo que contra las autoridades y el país originario dicen los que se ven invadidos; todo se lo atribuyen a torpeza, ignorancia o dejadez de las autoridades, y no se reconoce ni buena voluntad, ni esfuerzo, ni inteligencia en los que han dirigido la primera campaña.

Despierten los agentes internacionales, y si han de hacer algo en favor de Polonia, veamos que lo hacen pronto, pues en materia de actividad no nos parecen muy dignos de alabanza dado el que cuentan con lo más difícil de allegar, que es el dinero, hasta que otra cosa se nos demuestre.

—o—

Sin comentarios, y para demostrar hasta qué punto falsean la verdad los que tendenciosamente cuentan a sus lectores que en la Semana Médica de Santander no se ha hecho mención alguna por los oradores médicos y por los representantes de la Sanidad oficial de la organización sanitaria de Estado de los médicos titulares, reproducimos íntegro un párrafo del discurso del inspector general de Sanidad, leído ante el público y las personas reales, y que llega hoy íntegro a nuestras manos:

«Las inspecciones municipales de Sanidad deberán ser desempeñadas por los médicos titulares; pero a fin de que éstos puedan ejercer sus cargos con la debida autoridad e independencia y de que acabe de una vez el escandaloso abandono en que muchos Municipios tienen las obligaciones contraídas con ellos, será preciso que por el Ministerio de Hacienda se estudie la forma de que los Ayuntamientos ingresen en el Tesoro público el importe de las consignaciones de sus médicos titulares y que el Estado se encargue del pago directo de ellos. Ya lo hace hoy con el cura y el maestro de escuela. Hágalo también con el médico titular; que el médico, el maestro y el párroco pueden ser, bien dirigidos, los tres grandes apóstoles de la cultura sanitaria en nuestro pueblo.»

Es lástima que algunos críticos «imparciales» y «desinteresados», no añadan a la exposición de sus censuras el proyecto de lo que debiera decirse o hacerse, y se contenten con fomentar sentimientos de pesimismo barato y de desconsoladora amargura, enfrente de lo que es buena voluntad y esfuerzo perseverante.

Que se consigue poco es verdad, pero no lo es menos que se procura todo lo que es dable, y esto último es, por lo visto, lo que molesta a los que procuran por todos los medios posibles estorbarlo.

¿Cuándo acabarán de convencerse ciertas gentes de que los médicos españoles somos hombres mayores de edad y nos conocemos los unos a los otros?

DECIO CARLAN

## La unión de los médicos

No tenemos unión, pero tenemos uniones; un poco desarticuladas, es cierto, pero que van creando algunos oasis societarios en el desierto glacial de una indiferencia que nos estaba achicharrando.

Alguna pena produce pensar que esa unión o esas uniones nos hayan tenido que ser impuestas por real decreto desde el Ministerio de la Gobernación; sin embargo, el milagro se ha hecho y bien hecho está, aunque sea debido al mismísimo demonio.

Los Colegios, llamando a la masa enorme de los diferentes, han roto el hielo societario, y las leyes de la evolución harán lo demás, lo muchísimo que está por hacer entre los médicos rurales.

Hoy la actualidad la constituyen estas dos cosas: la reforma de la iguala y de los partidos médicos, y en verdad que nunca fué mejor orientado y más unánime el pensamiento de la clase médica.

Vivimos separados, diseminados en nueve mil y pico ayuntamientos y, sin embargo, se va sintiendo el calor de multitud, la coesión de masa organizada o con propósito de organizarse. Lo que inspira ya este movimiento de saludable concentración no es el impulso inicial de la colegiación obligatoria, sino el espíritu nuevo, la influencia de la postguerra y, sobre todo, la carestía de la vida, que ha barrido hasta el polvo de aquella estúpida vanidad que no nos consentía llevar sobre los hombros, sin protesta, el apelativo de obreros. Obreros somos, obreros cruelmente explotados, y en ese sentido hemos de dirigir la puntería de nuestras santas reivindicaciones.

Antes que médicos somos hombres con las mismas necesidades que todos los que no ganan lo bastante para vivir. Si eso no se nos da, tendremos que reclamarlo de manera que se nos oiga, que nos oigan hasta los más torpes de oído; pero hemos de reclamarlo sin dorar la demanda, sin simulaciones burguesas, con absoluta sinceridad; honradamente.

El hambre no crea cultura y el médico necesita acrecentar constantemente lo que recibió en las aulas, en los laboratorios y en las clínicas, si ha de dar el máximo de rendimiento útil. Y lo que llama a nuestras puertas ya es el hambre, así como suena.

Que mediten las Juntas de gobierno de los Colegios médicos la responsabilidad que contraen si no solidarizan el esfuerzo colectivo para salvar al proletariado médico rural de esa amenaza.

La iguala es un contrato de siervos que es necesario suprimir o reformar, cerrando todas las puertas al





abuso. Ya que no vayamos a la supresión de la iguala, tenemos que ir rápidamente a la determinación de la cuota mínima (salario mínimo) y a la determinación de los servicios contratados (jornada máxima). Sin esas dos cosas, muy claramente definidas, la iguala seguirá siendo un contrato de siervos, un contrato de esclavos.

Es una lástima que ni sobre esas dos cuestiones fundamentales se hayan puesto de acuerdo los Colegios que han intentado la reforma de la iguala. Cada Colegio ha señalado una cuota mínima distinta y una jornada máxima diferente.

Esto no tendría importancia si, apesar de las diferencias, cada Colegio se hubiese cuidado de salvar todo peligro de caer en nuevos abusos; pero no ha sido así.

Ahí está el peligro de los hombres nuevos, de los hombres que no conocen los problemas, ya viejos, de la iguala y, llenos de buen deseo, se ven obligados a improvisar soluciones. ¿En qué mollera se ha cocido la definición de que toda visita que el médico realice entre tales horas de la mañana y tales de la noche es trabajo ordinario, trabajo de iguala? ¿En qué pueblo ha ejercido la profesión ese catedrático del derecho de igualas? ¿De qué cacique o de qué multitud ignara ha sido víctima?

Un compañero de la provincia de Guadalajara, que vive y sigue siendo perseguido, según he podido leer hace pocos días, don Francisco Sánchez Díaz, tuvo que estarse de vela sentado a la puerta de su casa, varias noches, porque le dió al cacique por alquilar clientes para que le avisasen cada media hora... Este hecho se repetirá tantas veces como al cacique le venga en gana, entre tal y tal hora del día, si no se escribe en el contrato de iguala la siguiente condición u otra parecida: «El médico hará todos los días una visita general a su clientela, visita que puede en ciertos casos duplicar o triplicar espontáneamente, pero bien entendido que la hora de visitar a los enfermos, el número de visitas que ha de hacer a cada uno y el orden en que haya de realizarlas corresponde determinarlas exclusivamente al profesor; todo lo demás será considerado servicio extraordinario, que debe cobrarse separadamente con arreglo a la tarifa especial.»

Los que no hayan pisado en su vida un pueblo, podrán decirme que esto equivale a suprimir los deberes del médico, a entregarle a lo menos la llave del cumplimiento de un contrato bilateral. ¿Sí, eh? Los que tenemos un derecho contra ciento, difícilmente podemos hacerle efectivo, si los ciento se resisten, y mucho más cuando esos ciento constituyen todo el ambiente humano que nos rodea; en cambio, cuando ciento tienen un solo derecho contra uno, le harán efectivo cien veces cualquiera que sea la resistencia que el uno les oponga, que vale tanto como transformar un derecho a cien derechos.

La vida rural hay que vivirla, y yo no quiero echar maldiciones sobre nadie.

D. MARTIN HURTADO.

### Discurso leído en el Paraninfo de la Universidad Central (1)

POR EL DOCTOR DON AMALIO GIMENO CABAÑAS, EN EL ACTO DE SU HOMENAJE CON MOTIVO DE SU JUBILACIÓN COMO CATEDRÁTICO

.....

¿Consecuencia de estos hallazgos? Muchas, y de dos órdenes. Se satisface con ellos el afán innato de saber, que es el gancho escudriñador de toda ciencia; se cumple una función cerebral, que es lo que más afirma la personalidad humana; y ya es bastante. Pero, además, como toda victoria sobre la Naturaleza forzada a responder, la alcanzada con la determinación de la causa de una enfermedad reporta con sus derivaciones aprovechamientos indudables.

La noción etiológica ilumina la patogenia para ver más claramente el complicado mecanismo de lo morboso, donde se agarran las raíces el frondoso árbol sintomático; y además allana y hace transitables los caminos para evitar y curar. Conocido el ácarus, fué más fácil hacer desaparecer la sarna; y nadie podrá negar que sólo descubierto el bacilo de la difteria fué posible evitar ésta con más seguridad y dominarla con más desembarazo. ¿Pues qué, no es el microbio de la tuberculosis el único que tiene la llave de su curación?; obligándole a soltarla es como triunfaremos de dolencia tan rebelde y extendida. Y si la Terapéutica médica no ha obtenido del conocimiento moderno de las causas vivas tanto como la Higiene, es que contra la bacteria se puede maniobrar en el mundo exterior al hombre con más facilidad y mayor soltura, y que dentro del enfermo, hay que atacarle con dificultad porque no pueden emplearse más que medios físicos o drogas que maten al huésped y no al ventero; si es que no se usan para ello los productos mismos del propio parásito, a fin de excitar y reanimar con espolazos químicos las energías que se defienden contra el extraño; así se sostiene la xenofobia de las células federadas de nuestros tejidos y de las libres de nuestros humores contra el elemento invasor; y esto no es aún tan fácil en nuestros tiempos, como desinfectar y quemar o utilizar vacunas.

Por eso, la Terapéutica moderna es verdaderamente poderosa cuando se confunde con la Higiene, inyectando sueros y cultivos a tejidos triturados en la difteria y en el tétanos, en la pulmonía y en la rabia. ¿Qué otra cosa es más que un maridaje explicable de la una y de la otra la vacunoterapia de nuestros días? El insigne Wright decía, con razón, en la carta que precede a un tratado español sobre la materia: «Estoy cada vez más persuadido de que el médico del porvenir será un inmunizador». Hipócrates, redivivo, se ha vestido con nuevo ropaje: la Bioquímica moderna ha amparado sus antiguas doctrinas de la *cocción* y de la *materia pecante*, y ha podido explicar mejor aquel *enormón* suyo, representado hoy por las energías químicas del cuerpo humano, que encuentra en las leyes de su vivir reacciones poderosas contra las causas de

(1) Véase el número anterior.



enfermedad. Si no las halla, el higienista, doblado de terapéuta, se las facilita con los mismos venenos, que, como la lanza de Amfortas, curan el mal que producen.

Nunca, como ahora pudo, explicarse el mecanismo de la curación, la asombrosa defensa de la inmunidad, la rara anafilaxia aclaradora de tantos fenómenos oscuros, y dentro de la cual se mueven las curiosas iniciativas de Danyez sobre curaciones que parecen confirmar las de las *alfa* de Ferrán, y hacen pensar hondamente por las fuertes sacudidas que imprimen a cuanto sobre esto supimos hasta ahora. Son tiempos de demolición incesante y de reconstrucción febril. La microbiología ha entrado de rondón en la Medicina, y con su etiología animada, real y positiva, empieza a ahuyentar los antiguos fantasmas de la diátesis, de las enfermedades *sine substantia* y de las fiebres esenciales, que eran, para los estudiantes de mi tiempo, un logogrifo. No contenta con ello, ha facilitado el acceso a los diagnósticos difíciles. El bacilo de Koch, en el esputo, es de más valor que cuantos signos obtengamos de la percusión y de la auscultación; el vírgula, en las heces, anunciará el primer caso de cólera antes que nada; ninguno tendrá la pretensión de conocer bien las disenterías si no encuentra en ellas sus amibos y bacilos característicos: un gancho de equinococo o un trocito minúsculo de su membrana foliforme y abarquillada, los racimillos del actinomicos, el rastro microscópico de cualquier bacteria específica, son de un valor patognómico elocuente y positivo. ¿Pudo nunca ofrecer tales pruebas la semeyótica de antes? Recordad después cuanto la microbiología nos ha dado de exámenes citológicos de líquidos morbosos, de reacciones séricas en enfermedades inciertas y dudosas, y os convenceréis de que son más dueños que antes del diagnóstico. Eso y mucho más debe la Patología a la revelación de las causas vivas, las más frecuentes y las que pueden, por sus estragos, inspirar más temor.

Mucho se ha aprovechado la Higiene de tales inventos se ha robustecido asombrosamente con las nociones nuevas y se ha visto en posesión de armas que no pudo antes pensar en tener; jamás logró alcanzar la constante aspiración de la Medicina preventiva mayor garantía de realidad y de eficacia. La asepsia y la antisepsia han suprimido casi el pus y hecho retroceder el espectro de las graves complicaciones quirúrgicas que burlaba antes a diario de los espíritus claros y de las manos hábiles. La Medicina entera se ha sentido empujada rudamente por energías que, aun siendo viejas, parecen virgenes, y se ha incorporado, despierta y deslumbrada, por una luz que jamás conoció.

Podemos cantar victoria con mayor razón que nunca, y en esta justa exaltación de continuos adelantos será la Cirugía la más orgullosa de sus triunfos. Tienen la palabra los operadores de hoy. Las mayores audacias les son aplaudidas; motivo tienen los aplausos. A tales intervenciones han llegado que hacen dudar de si, la

razón que tuvo la Naturaleza para encerrar al noble cerebro en caja de hueso o envolver en finas, serosas y fuertes capas musculares las entrañas del vientre, fué más justificada por la comodidad de guardar que por la exigencia salvadora de proteger; y a tales habilidades se entregan manejando los tejidos humanos como si fueran plástica materia maleable a voluntad, que eleva uno instintivamente al cielo el pensamiento, exclamando: «Señor, Señor, nunca os habéis mostrado más bueno y poderoso que cuando habéis dado permiso al bisturí para salvar vidas, mutilando y deformando la noble figura humana.»

Es verdaderamente asombroso el feliz atrevimiento de la Cirugía contemporánea: ella sutura arterias o las une a las venas; cose sin temor el corazón mal herido o extrae proyectiles de las fuertes paredes ventriculares; extirpa trozos de simpático cervical con intento, no siempre feliz, de curar la glándula tiroidea, o saca ésta al aire para que se agoste en parte y modere su actividad funesta; estira o reseca tendones; injerta en el cráneo o en la nariz cartílagos costales a fin de reparar los ultrajes del traumatismo; modela rostros nuevos para corregir monstruosidades repugnantes o restaura nervios animales; raspa, atornilla y abrocha huesos en una labor admirables de carpintería humana; extirpa laringe enteras, y a fin de no privar al enfermo de uno de los más nobles atributos de su persona, le encaja máquinas perfectas para hablar y cantar; abre la jaula del pecho y saca fuera a pulmón para curiosear en su activa colmena de alveolos aéreos; priva al organismo de todo el caliente seno donde anida la esperanza de una raza, o de un riñón para justificar que con el otro hay bastante, o del bazo, o del estómago... ¿Para qué queréis más? ¿Si se atreve valientemente a extirpar trozos de cerebro, asombrando a la misma vida que duda ya de si tendrá cómodo espacio para alojar el alma?

(Se continuará.)

## Proyecto de Reglamento <sup>(1)</sup>

DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE MADRID, LEÍDO Y TOMADO EN CONSIDERACIÓN EN LA JUNTA GENERAL EXTRAORDINARIA CELEBRADA EL DÍA 8 DE JUNIO DE 1920

.....

Las citaciones para la Junta de Gobierno se harán siempre con cuarenta y ocho horas de anticipación y anotando en ella, los asuntos que hayan de tratarse.

El individuo de la Junta de Gobierno con residencia en Madrid que faltase a tres citaciones consecutivas, sin causa justificada atendible, se entenderá que renuncia al cargo.

Art. 33. La Junta de Gobierno se compondrá de un

(1) Véase el número anterior.

**BARDANOL**

Compuesto de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estano coloidal.  
LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34.—Valencia



Presidente, un Vice-presidente, un Secretario general, un Tesorero, un Contador y 18 Vocales.

De los 18 Vocales, ocho ostentarán la representación de las Asociaciones de distrito y serán elegidos por los Médicos de distrito, recayendo la elección en el Presidente de la Junta. Los 10 restantes se procurará ostenten la representación de las más importantes agrupaciones médicas.

Los cargos nominativos y los 10 Vocales con residencia en Madrid, serán elegidos en sesión extraordinaria a que haya sido convocada la totalidad de los colegiados con cinco días de anticipación por lo menos. La Junta se renovará por mitad cada dos años, correspondiendo en la primera renovación al Presidente, Tesorero y la mitad de los Vocales con residencia en Madrid, y en la segunda renovación, al Vice-presidente, Secretario, Tesorero y la otra mitad de los Vocales. Las elecciones generales y las de renovación, tendrá lugar la primera quincena de junio.

La votación empezará a las seis de la tarde y durará hasta las nueve de la noche, a cuya hora el Presidente de la Mesa, previa la pregunta: ¿Queda algún señor colegiado por votar?, dará por terminada la votación y se empezará el escrutinio, haciendo público seguidamente el resultado del mismo. Esta sesión continuará al día siguiente teniendo igual duración.

Terminada la votación con iguales formalidades que el día anterior, se hará el computo total de votos obtenidos por los candidatos y se proclamará a los que tengan mayor número. La mesa se constituirá por un individuo de la Junta de Gobierno, como Presidente, y los cuatro colegiados más modernos que estén presentes al constituirse aquélla, que actuarán de secretarios.

La Junta de Gobierno saliente, dará posesión a la entrante en el plazo de ocho días.

Art. 34. Serán elegibles para desempeñar cargos de la Junta de Gobierno, los colegiados que reúnan las condiciones que establece el párrafo 5.º del artículo 20 de los Estatutos y que no hubiesen sufrido corrección disciplinaria.

Art. 35. Serán electores todos los médicos inscritos en las listas del Colegio y que estén al corriente en el pago de sus cuotas.

Art. 36. Corresponde al Presidente:

1.º El Presidente de la Junta de Gobierno lo es del Colegio, y siempre que la corporación o dicha Junta lo autorice para ello, tendrá no sólo su representación, sino también su personalidad jurídica y administrativa ante todas las autoridades.

2.º Señalar el día y hora en que han de tener lugar las juntas generales, ordinarias y extraordinarias y las de Gobierno y presidirlas.

3.º Abrir, dirigir y levantar las sesiones.

4.º Firmar las actas que le correspondan después de aprobadas.

5.º Visar y poner el V.º B.º en las certificaciones que se libren por Secretaría.

6.º Recabar de los centros administrativos correspondientes los datos que necesite para cumplir los acuerdos de la Junta del Colegio e ilustrarla en sus deliberaciones y resoluciones.

7.º Autorizar el documento que acuerde la Junta de Gobierno como justificante de que el Profesor está incorporado al Colegio.

8.º Otorgar como mandatario de los colegiados los oportunos poderes a procuradores en conformidad con lo establecido en el artículo 26.

9.º Autorizar los informes y comunicaciones que se dirigen a las autoridades, corporaciones y particulares.

10.º Autorizar la cuenta corriente con el Banco de España o con sus sucursales, cuando la tenga el Colegio, las imposiciones que se hagan y los talones o cheques para retirar cantidades.

11.º Visar los libramientos y cargaremos.

12.º Nombrar y separar a los empleados y dependientes del Colegio, cuyos nombramientos y separaciones, no serán definitivas hasta que lo confirme la Junta de Gobierno.

13.º Hacer cumplir los preceptos de los Estatutos, los acuerdos que tomen las Juntas generales o de Gobierno, y velar por la observancia de este Reglamento.

14.º Vigilar con el mayor interés por la buena conducta profesional de los Colegiados y por el decoro del Colegio.

Art. 37. Corresponde al Vice-presidente:

1.º Sustituir al Presidente en casos de ausencia, dimisión, enfermedad o defunción hasta que corresponda la renovación del cargo.

Art. 38. Corresponde al Secretario:

1.º Redactar y dirigir los oficios de citación para todos los actos del Colegio, según las órdenes que reciba del Presidente y con la anticipación debida.

2.º Redactar las actas de las Juntas generales y las que celebre la Junta de Gobierno, cuidando de que se copien después de aprobadas en el libro correspondiente y firmándolas con el Presidente.

3.º Llevar tres libros de acuerdos, uno para los de las Juntas generales ordinarias, otro, para los de las extraordinarias y otro para los de la de Gobierno.

(Concluirá).

## Sociedades Científicas

### Sociedad oftalmológica de Madrid

SESIÓN DEL DÍA 18 DE MARZO DE 1920

DOCTOR JENARO GONZÁLEZ.—*Nuevo instrumento para la operación del estrabismo.*

Desde el año 1915 que dí a conocer a la Academia Médico-Quirúrgica un procedimiento operatorio del estrabismo que vengo realizando dicha intervención con bastante frecuencia hasta tener hoy una estadística de 94 operados—de los cuales algunos casos conocen ustedes por haber sido presentados a la Sociedad Oftalmológica.

**CARBOLAN**

Pelrid's C.º, New - York

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

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



La práctica realizada durante cinco años me ha hecho ver en muchas ocasiones, que el instrumental de que disponemos no era lo suficientemente completo que se requiere para ejecutar con soltura y precisión el acortamiento del músculo: Condición indispensable y que como base tiene la corrección quirúrgica del ojo desviado.

Por eso hoy el objeto de mi comunicación es presentar un nuevo instrumento que simplifique extraordinariamente su técnica y da mayor exactitud en la corrección, muy especialmente cuando el procedimiento a realizar sea un acortamiento del músculo por doblamiento o por resección musculotendinosa. Procedimientos que a mi juicio cumplen mejor las exigencias del tratamiento quirúrgico de la desviación ocular.

Dicho instrumento tiene como papel el plegar automáticamente el tendón y músculo en mayor o menor cantidad, según se desee en cada caso por lo cual le he denominado *plegador tendinoso de tres ramas*.

Consta de una horquilla en forma de doble gancho, con un mango hueco, por el cual pasa un vástago central terminado en su parte inferior como un gancho corriente de estrabismo que viene a colocarse entre las ramas laterales de la horquilla mencionada, dando el aspecto en conjunto de tres ganchos en forma de tenedor. Las ramas laterales de la horquilla son fijas, y la rama gancho central es movable, merced a una tuerca que hay en la parte superior del mango, la cual haciéndola girar a derecha o a izquierda eleva o desciende el vástago central a voluntad.

Es perfectamente desmontable admitiendo así la esterilización con el hervido sin temor a la oxidación.

Veamos su funcionamiento. Para ello describiremos a la ligera la técnica operatoria. Por encima de la inserción del músculo estrábico a seis milímetros del limbo esclerocorneal, haciendo una incisión vertical en la conjuntiva de un centímetro de longitud. Disociamos con instrumento romo la conjuntiva que tapa el tendón y la resecamos después, de manera que quede un área semilunar formada por un segundo corte en arco cuyos extremos han de unirse a la primera incisión. Entonces aparece la silueta del músculo envuelta por la cápsula de Tenón que le tapiza a modo de guante. Con la pinza se coge un pliegue de cápsula y se hace un ojal que siga la dirección de las fibras tendinosas, despegando ésta del músculo hasta dejarle completamente desnudo. Ahora viene la *aplicación del plegador tendinoso*.

Una vez bajado el vástago central del *plegador* hasta su final se coge el músculo con el gancho central por entre la esclerótica y muy cerca de la inserción esclerótica, entonces por un movimiento de tuerca las ramas laterales quedan por encima, en estas condiciones el músculo se insinúa por entre ellas al mismo

tiempo que se va plegando. El globo ocular va girando paulatinamente hasta quedar corregida la desviación.

Verificada la plegadura musculotendinosa deseada para el caso, no queda más que proceder a la sutura.

Por medio de una aguja enebrada con catgut se dan dos puntos por el vientre del músculo en la base del asa muscular formada por la plegadura y antes de anudar puede estirparse la porción deseada en caso de resección tendinosa, y en el caso de simple plegamiento se anuda sin cortar nada de músculo. Así queda un pequeño muñón que no tarda mucho tiempo en atrofiarse. Luego las ventajas de mi *plegador* tendinoso pueden condensarse en las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> El *plegador* acorta previamente el músculo en la cantidad necesaria antes de suturar y cortar.

2.<sup>a</sup> Vemos antes de terminar la operación corregida la desviación estrábica por el movimiento giratorio del globo ocular que sufre al mover la tuerca del *plegador*, regulándole a voluntad.

3.<sup>a</sup> Aisla el músculo de la esclerótica con suma facilidad evitando todo accidente de herida penetrante con la sutura.

4.<sup>a</sup> Ahorra instrumentos y manos que suelen entorpecer la técnica de estas operaciones por maniobrar en un campo operatorio tan reducido.

DOCTOR BASTERRA.—Estoy temiendo provocar alguna animosidad en el doctor González. Siempre o casi siempre que interviene, tomo parte en la discusión en contra de su opinión.

Hoy nos presenta un instrumento, publicado ya en *La Medicina Ibero*.

Gustoso le felicito por el ingenio que nos demuestra poseer, pero también tengo que decirle que su aparato no es ninguna novedad. El tratamiento del estrabismo plegando el músculo con la ayuda de instrumentos, es tan antiguo probablemente como años tiene el doctor González. Existen ya varios de esta clase de aparatos. El último que conozco está publicado, como pueden verlo los señores académicos en la revista *American Journal of Ophthalmology*, marzo, 1919. Este modelo del doctor Wesley Bishop es de los que más me satisfacen, hasta el punto de tener pedido uno a Chicago por segunda vez, la primera me llegó la factura pero no el instrumento. Debido a esta circunstancia me veo privado de dejar pasar esta oportunidad para mostrarlo aquí esta noche. Sin embargo, los que escuchan podrán darse una idea de él viendo las láminas. El modelo del doctor González con tener mucho parecido al del doctor Bishop, me parece éste mucho mejor, con todas las ventajas de él del doctor González y con menos inconvenientes.

DOCTOR JENARO GONZÁLEZ.—Mucho me satisface que el doctor Basterra diga que ha tenido la misma idea de mandar construir un *plegador* análogo al mío,

## LA DIABETES

Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL  
VINO URANADO PESQUI

que elimina el azúcar a 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, Laboratorio Pesqui. Prim. 25.  
\* San Sebastián,



aunque lamento que no lo haya llevado a la práctica por esas dificultades que yo no he encontrado. Con eso demuestra que le consideraba una necesidad y que hoy se ha resuelto el problema.

Respecto a ese modelo que existe en Chicago (desconocido para mí) que hace un año le tiene pedido y no se le han enviado, es otra cosa que también lamento, pues, para considerarle superior al mío, sería necesario verle, tenerle, cotejarle y haberle ensayado, de otra manera es hablar de memoria de una cosa que se desconoce en la práctica.

El parecido del citado modelo que encuentra en mi plegador es el parecido que puede encontrarse cuando se quiere buscar mucho.

De todos modos le doy las gracias por haber intervenido en la comunicación. Muy reconocido a todos los presentes por la buena acogida e inmerecidos elogios que han dispensado a mi modesto trabajo.

## Sección oficial

### MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

Vista la instancia del alcalde presidente del Ayuntamiento de Chiclana de la Frontera solicitando la creación de una Inspección local sanitaria en el puerto de Santi-Petri, término municipal de aquella ciudad,

Esta Inspección general, teniendo en cuenta los informes favorables emitidos por el inspector del distrito sanitario de Cádiz y atendiendo a exigencias de la salud pública y a conveniencias del Comercio y de la Navegación, ha tenido por conveniente disponer la creación de una Inspección local sanitaria en el puerto de Santi-Petri.

Lo que se hace público para general conocimiento. Madrid, 6 de agosto de 1920.—El inspector general, P. A., Manuel Romero.

(Gaceta del 7 de Agosto.)

Los gastos de combustible, entretenimiento y utensilios de embarcaciones y aparatos de desinfección de las estaciones sanitarias de puertos, con cargo al capítulo 16, artículo 3.º, concepto 1.º, del Presupuesto vigente, así como los que ocasionen la conservación y entretenimiento del material sanitario de las estaciones sanitarias fronterizas, con cargo al capítulo 16, artículo 3.º, concepto 3 por 100 de igual sección, durante el presente ejercicio económico, se abonarán en la forma establecida para el año anterior, con arreglo a la siguiente distribución:

#### Estaciones sanitarias de puertos.

Aguilas, 1.500 pesetas; Algeciras, 1.500; Alicante 1.600; Almería, 500; Avilés, 1.600; Barcelona, 7.500; Bilbao, 7.500; Cádiz, 6.500; Cartagena, 3.200 Caste-

llón, 200; Ceuta, 2.500; Coruña, 6.000; Ferrol, 500; Gijón, 3.450; Huelva, 4.500; Las Palmas, 6.000; Mahón, 6.500; Málaga, 2.000; Melilla, 3.500; Palma de Mallorca, 3.000; Pasajes, 300; Puerto de la Cruz, 300; Sagunto, 500; San Esteban de Pravia, 1.600; San Sebastián, 250; Santa Cruz de la Palma, 200; Santa Cruz de Tenerife, 5.500; Santander, 2.500; Sevilla-Bonanza, 3.000; Taragona, 1.000; Torreveja, 500 Valencia, 6.000; Vigo, 8.500; Villagarcía, 300;

#### Estaciones sanitarias fronterizas.

Port-Bou, 1.600; La Junquera, 120; Puigcerdá, 120; Bosost, 120; Les, 120; Seo de Urgel, 120; Canfranc, 120; Sallent, 120; Dancharinea, 120; Valcarlos, 120; Vera, 120; Irún, 1.600; Behovia, 120; Túy, 180; La Guardia, 120; Alcañices, 120; Fermoselle, 120; Lubián, 120; Puebla de Sanabria, 120; Fregeneda, 180; Fuentes de Oñoro, 180; Valencia de Alcántara, 180; Badajoz, 1.600; Ayamonte, 120; La Línea de la Concepción, 440.

Los Directores de Sanidad de puertos y fronteras remitirán a la Ordenación de pagos de este Ministerio la correspondiente nómina para su abono, con cargo a los mencionados sección, capítulo, artículo y concepto, que cerrarán el día 20 de cada mes.

Dios guarde a V. S. muchos años. Madrid, 12 de Mayo de 1920.—El Inspector general, Manuel M. Salazar.

Señor Ordenador de Pagos por obligaciones de este Ministerio y Directores de Sanidad de puertos y fronteras.

(Gaceta del 16 de mayo).

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,6; id. mínima, 706,1; temperatura máxima, 31º,2; id. mínima, 15º,1; vientos dominantes, NE. NNE.

Continuando en la misma situación el estado de la salud pública, que en las semanas anteriores, se observan además frecuentes casos de reumatismo articular, exacerbaciones de las formas crónicas, fiebres intermitentes, francas y larbadas.

Las infecciones agudas intestinales, continúan disminuyendo.

En los niños algunos casos de anginas catarrales, erucciones benignas y enterocolitis aguda.

## Crónicas

**Trabajos de beneficencia infantil.**—Se han llevado a cabo con muy buen éxito, los trabajos de beneficencia infantil a cargo de la nueva oficina de niños en el Austria meridional. Comprenden exámenes físicos e inspección médica de las escuelas, entrenamiento físico y entrena-

## PEÑACASTILLO

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso. Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo a la vez que higiénica.—Director: Dr. MORALES.—Santander



miento vocacional. En el año 1919, el Consejo estableció trece asilos, acomodando más de 3.000 niños delicados o convalecientes. En adición a sus tareas para promover todas las medidas pertenecientes al bienestar infantil, la oficina de los niños del Austria meridional tiene a su cargo la vigilancia de los niños huérfanos y de las leyes del trabajo de los niños, que fueron aprobados en 1919.

**Concurso de trabajos.**—«Estudios Médicos» abre un Concurso nacional entre médicos para premiar un artículo elegido entre los que se remitan, con arreglo a las siguientes condiciones:

- 1.<sup>a</sup> El tema es de libre elección.
- 2.<sup>a</sup> Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 29 a 30 páginas de «Estudios Médicos».
- 3.<sup>a</sup> Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.
- 4.<sup>a</sup> Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías (en negro o color), etcetera, que el tema requiera.
- 5.<sup>a</sup> El trabajo premiado, como asimismo aquellos que considere el Jurado recomendables, quedan de propiedad de esta Revista. Los restantes podrán recogerlos sus autores en el plazo inmediato de tres meses, quemándose entonces los que no sean reclamados.
- 6.<sup>a</sup> El premio es uno, consistente en una medalla de oro, 500 pesetas, 100 ejemplares del artículo premiado en edición aparte y publicación del mismo con todas las ilustraciones en «Estudios Médicos».
- 7.<sup>a</sup> El plazo de admisión de trabajos es hasta las doce de la noche del día 30 de Noviembre de 1920, debiendo dirigirse a esta Administración, calle del Puente número 2, Murcia.

Y última. El Jurado calificador se formará por cinco académicos de número de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia, cuyos nombres se darán a conocer oportunamente.

**Estudiantes de Medicina.**—La Escuela-Áteneo de los mismos, fundada el año 1914 en Magdalena, 30, se trasladó a la calle de los Señores de Luzón, 4, duplicado. Teléfono 1898 M. Este Centro es el primero y único fundado en España para la enseñanza exclusiva y perfecta de la carrera de Medicina con inclusión del período preparatorio. Dispone de completa instalación de Laboratorios, y para la enseñanza clínica cuenta con salas de hospitalización, consultorio y gran sala de operaciones, todo ello anejo en el mismo local de la Escuela. Tiene también instalado un gran internado, único en su género, con una perfecta organización para el estudio vigilado.

El director de este Centro, doctor Gascañana Hernando, remite reglamentos a cuantos lo soliciten.

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



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

## ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

# Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización, conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial-Argensola, núm. 4, Madrid.

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarrros 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

**NIÑOS.—FIEBRES PALÚDICAS,** GÁSTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTICIÓN, GRIPALES, después del brote en las ERUPTIVAS, estados febriles de las MEUMANIAS, BRONQUITIS y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

## Quininfantina Delgado Ronco.

Papeles a base de etilcarbonato de quinina, valorado su alcaloide (quinina), permitiendo dosificación exacta, no irrita el tubo digestivo, y de sabor agradable. Más eficaz que los supositorios y enemas que provocan deposiciones y las pomadas de difícil absorción.

## PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



Preparado por  
**JOSÉ ROBERT Y SOLER**  
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO  
FARMACIA ROBERT · Laura 74  
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid,