

# 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:**

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

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

## PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

**SUMARIO: Sección científica:** Un caso de hemorragia de la arteria mediana anterior, del núcleo del hipogloso, por el Dr. César Juarros. — El sentido musical en los sordo-mudos, por el Dr. Victor Ribón. — Anatomía Patológica Ocular, por el Dr. Manuel Marín Amat. — Bibliografía. — Periódicos médicos. — **Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlán. — A las clases sanitarias, por F. de P. Mota. — Sobre actuación social médica, por R. Luis Yagüe. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

## UN CASO DE HEMORRAGIA DE LA ARTERIA MEDIANA ANTERIOR, DEL NÚCLEO DEL HIPOGLOSO

POR EL  
**DOCTOR CESAR JUARROS**

PROFESOR DE PSIQUIATRIA DE LA ACADEMIA DE SANIDAD MILITAR, PROFESOR DE PSIQUIATRIA DEL INSTITUTO ESPAÑOL CRIMINOLOGICO, JEFE DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR DE URGENCIA. (MADRID).

Pese a todos los indiscutibles perfeccionamientos de las técnicas histológicas, la observación clínica continúa siendo factor esencialísimo para el progreso en el conocimiento de la trama íntima del sistema nervioso. En unos casos adelantándose a aquellas, en otros confirmando la realidad de sus descubrimientos.

A este segundo grupo pertenece un enfermo que acabamos de observar, en nuestra consulta oficial, y el cual constituye decisiva confirmación de importantísimos datos anatómicos.

La historia clínica sencilla de exponer y no muy difícil de interpretar, afianza varias nociones fundamentales, acerca de la constitución del suelo del IV ventrículo.

Tratase de un hombre de 44 años de edad, robusto, sin antecedentes patológicos de interés, perteneciente a un Cuerpo auxiliar de las oficinas del Ministerio de la Guerra.

Gozó siempre de buena salud, hasta hace tres años, que sufrió una hemorragia retiniana del ojo derecho.

A los dos meses parecía del facial y parálisis del hipogloso del mismo lado derecho. Cuando le vemos la paresia facial ha retrocedido considerablemente.

En todo el resto del sistema nervioso absoluta normalidad.

En tal situación tres son los problemas a resolver: localización de la lesión, capaz de producir la parálisis unilateral y simultánea del hipogloso y facial, índole de ella y etiología.

La dificultad está en relacionar el hipogloso con el facial, toda vez que mientras el núcleo del hipogloso radica en el ala blanca interna, el núcleo del facial se encuentra mucho más alto. El núcleo del hipogloso se ve ya en los cortes bullares, a nivel del entrecruzamiento sensitivo y el facial sólo hacia la mitad del cuarto ventrículo; existe, pues, relativa distancia. Otra dificultad: mientras el hipogloso se encuentra muy próximo a la superficie del suelo del IV ventrículo, el facial se halla mucho más internado en la trama protuberancial.

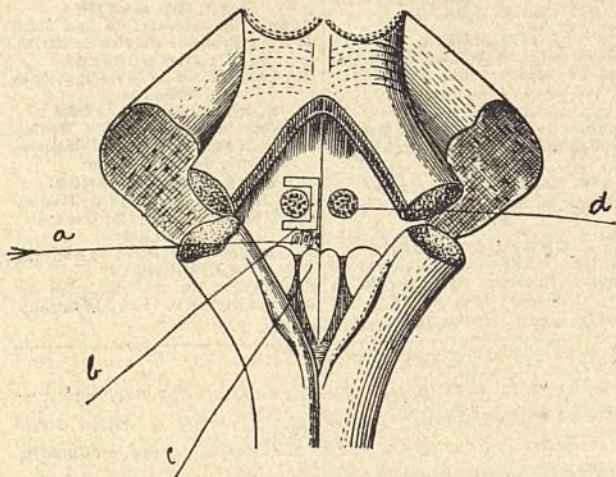
¿Lesiones múltiples? Difícil es conciliar esto con la simultaneidad.

La clave la da el adjunto esquema de Testut (véase la figura). Si el núcleo del facial está lejos del núcleo del hipogloso, la cuarta porción del nervio facial se



halla más cerca y más superficial. Así una lesión que interesase el núcleo del hipogloso y la rama del facial, explicaría perfectamente el síndrome.

La lesión se hizo *bruscamente* en un enfermo que meses antes había padecido una retinitis hemorrágica, lesión de la cual dice textualmente ioxenfeld en su «Tratado de Oftalmología»: «el territorio vascular de la retina, frágil y delicado, tiene gran tendencia a las hemorragias. La retina es asiento de hemorragias en numerosos trastornos orgánicos de carácter general».



a) Asiento probable de la lesión.—b) Nervio facial.—c) Núcleo del hipogloso.—d) Núcleo del motor ocular externo.

¿Hay alguno en nuestro enfermo? Por lo menos si datos suficientes para calificarle de arterio-escleroso de tipo nervioso, de cuyo tipo dice Londe: «se caracteriza sobre todo por las hemorragias de los centros nerviosos».

Estamos, pues, ante un sujeto de arterias quebradizas, que sufre primero una hemorragia retiniana y meses después, bruscamente, simultáneamente, parálisis del hipogloso y paresia del facial que retrocede mientras casi no varía la del hipogloso.

Todos estos datos hacen pensar en una hemorragia. ¿De qué arteria?

El hecho de ser el más profundo y persistentemente lesionado el hipogloso, obliga a buscar en dirección al núcleo del hipogloso, tanto más cuanto que sólo así resulta comprensible la participación del facial.

Veamos ahora la vascularización del núcleo del hipogloso. Recibe arterias de tres orígenes: la *mediana anterior* que procede de la arteria espinal anterior, atravesando el bulbo para terminar arborizándose alrededor del núcleo; la *mediana posterior* salidas de las espinales posteriores y la *radicular ascendente*.

La mediana posterior y la radicular son de calibre demasiado pequeño para dar una hemorragia capaz de comprimir el facial. Por ello nos inclinamos en favor de una hemorragia de la arteria mediana anterior.

La integridad del motor ocular externo débese a que la lesión se limitó al tronco del facial que sirvió de protector.

Finalmente, este caso constituye argumento clínico digno de consideración en el tan debatido pleito del

entrecruzamiento parcial de las fibras radiales del hipogloso.

## El sentido musical en los sordo-mudos

POR EL

DR. VICTOR RIBON, de Bogotá

Afectuoso homenaje de admiración al muy ilustre y muy competente profesor de la Clínica de Organos de los Sentidos en la Facultad de Medicina de Bogotá, doctor Celso Jiménez López.

Cada uno de nuestros sentidos especiales posee en la corteza cerebral uno o varios centros en los que se elaboran las sensaciones a que dan origen *las excitaciones fisiológicas de los nervios específicos*: luz para el ojo, *sonido para el oído*, etc. Estas nociones nos conducen a reconocer como evidente la existencia de los centros psico-ópticos, psico-acústicos, psico-gustativos y psico-olfativos.

Por lo que respecta al centro psico-auditivo, Ferrier, Munk, Wernicke, Onufrowicz, Friedländer y Seppilli lo colocan de común acuerdo en el lóbulo temporal, y Baginsky, Flechsing, Bechterew y Monakow convienen en que las fibras del nervio acústico que van al caracol provienen de los lóbulos temporales, mientras que las de los conductos semi-circulares tienen su origen en el cerebelo. Aquella es también la zona de la percepción acústica de las palabras (sordera verbal) y de la conservación de las imágenes acústicas verbales (sordera psíquica.)

La excitación de este centro provoca movimientos asociados del pabellón de la oreja en los animales, y *su destrucción total en ambos hemisferios, produce la sordera completa, no obstante que la anatomía y la fisiología de ambos oídos permanecen normales.*

No sólo las excitaciones fisiológicas partidas del oído interno y transmitidas al centro psico-auditivo por medio del nervio acústico despiertan la sensibilidad específica de aquél, sino también las que recibe por vías colaterales debidas a particulares asociaciones neuronales y que, desarrolladas ampliamente por la educación, determinan la sensación del sonido, como sucede en algunos sordo-mudos; en ellos no existe el aparato transmisor de las vibraciones, cuyo conjunto, propiedades o modos, al ser transmitido a los centros cerebrales superiores de recepción, determina la sensación especializada llamada sonido; o si existe, no funciona a causa de lesiones originales o adquiridas en los primeros años de la vida.

Las vías colaterales a que hicimos alusión hace poco, y que reemplazan a todo el aparato auditivo en algunos casos de sordomudez, y en la mayor parte de ellos al oído externo, se encargan de transmitir a los centros psico-auditivos las vibraciones que los sonidos



despiertan en los piés, en la cabeza, en el pecho, en el abdómen, etc., de los sordomudos.

Labor árdua, que supone una paciencia a toda prueba y digna de todo elogio, es la de elevar uno de estos pacientes a la envidiable categoría de experto artista y de hábil ejecutante de cualquier instrumento musical, como acontece en la banda marcial del Instituto de Sordo-mudos de Nueva York, que se compone de cuarenta instrumentistas que no perciben los sonidos con el oído sino con sus respectivos centros psico-auditivos, que tiene un repertorio de más de doscientas piezas muy escogidas y que contribuye en gran manera a la solemnidad de los actos académicos de otros colegios y universidades.

Ya que señalamos este sorprendente hecho, demos su explicación y veamos cómo procede el maestro para enseñar a los sordo-mudos las notas del pentagrama; para esto los futuros artistas, *que no oyen absolutamente nada por su aparato auditivo*, son colocados de pié alrededor de un gran piano de cola y *apoyan las palmas de las manos sobre él*.

El pianista da una nota y los discípulos la repiten con la boca, según el leal saber y entender de cada cual. En las primeras lecciones el resultado obtenido es una vocería ruidosa y discordante, pero, poco a poco, los aprendices van perfeccionando su aparato auditivo, y, por consiguiente, afinando sus voces hasta que llegan a un grado tal de perfección que, lo que antes era ruido máximo, se torna, al cabo de muchos ejercicios, en coro uniforme, acompasado y armonioso. Es tal el adelanto alcanzado en el Instituto de Sordo-mudos de Nueva York en este importantísimo ramo de la pedagogía moderna que, como ya lo dijimos, se ha logrado constituir en él una banda de *cuarenta profesores sordo-mudos*, cada uno de los cuales es artista experto en su correspondiente instrumento.

\* \* \*

X es uno de nuestros clientes, hombre inteligente, con conocimientos generales en varias materias y en especial en la música, la que aprecia debidamente y con la que se entusiasma en sumo grado, es sordo-mudo; lo que confirma la educación que puede darse, por medios diferentes del oído, a los centros psico-auditivos y que es la que se da a dichos pacientes en el Instituto ya mencionado.

X, de cuarenta y cinco años de edad, bogotano de nacimiento, pertenece a honorable familia colombiana en la que han sido frecuentes los enlaces consanguíneos: el hecho de que nuestro enfermo es sobrino en tercer grado de su padre, confirma nuestro aserto, recuérdese que el diez por ciento de los sordo-mudos corresponde a individuos entre cuyos ascendientes hay parentesco de consanguinidad, que podría ser invocado en el caso que nos ocupa y bastaría para su explicación, si no existiera clara y evidente la causa determinante de la sordo-mudez de X, que veremos enseguida.

X, que escribe correctamente el español y posee

muy bien el lenguaje de los gestos, o lenguaje mímico, inventado por el abate de l'Epée, nos refiere que de la edad de año y medio lo dejó caer su niñera de una mesa bastante alta, que el golpe lo recibió en la región occipital y que, a consecuencias del traumatismo, estuvo desmayado veinticuatro horas. Es casi seguro que se verificó una fractura de los peñascos que lesionó el nervio auditivo en ambos temporales, determinando su atrofia consecutiva, y quizá el facial concomitantemente; si esto último tuvo lugar, debió presentarse una parálisis facial, difícil de precisar en un niño, ya que el facial *es el nervio de la expresión*, que no se halla bien definida todavía en niños de tan temprana edad: como hoy no se encuentran sus huellas debemos concluir que no se produjo o que desapareció espontáneamente.

Se comprueba la ausencia del tímpano en ambos oídos al ser examinados con el espéculo de Toynbee: parece que hubieran sido destruidos por la supuración de una «otitis media crónica y doble», flujo que había arrastrado consigo la totalidad de los huesecillos del oído izquierdo, y que sólo hubiera respetado en el derecho, al martillo cuya apófisis externa se percibe muy bien. La otitis media crónica doble, acompañada de la eliminación de los huesecillos del oído, produce casi siempre la sordera o, cuando menos, notable debilitamiento de la facultad auditiva: debió ser posterior, por lo tanto, en nuestro caso a la fractura, y no precederla, ya que antes de esta nuestro paciente daba muestras de oír todos los sonidos y ruidos que se producían alrededor de él, prueba palmaria de lo que decimos es el hecho de que ya comenzaba a hablar, ya articulaba claramente las palabras «papá, mamá, agua y burro», que hoy repite, «pero sin oírlas.» La familia de X niega la existencia de este proceso inflamatorio, que indudablemente pasó desapercibido porque en esa época no existía entre nosotros la especialidad de los órganos de los sentidos, fundada en buena hora por el eminente especialista en ella don Indalecio Camacho, cuya muerte no será nunca tan lamentada como debiera serlo.

Cuando X llegó a la edad en que se daba cuenta del medio exterior, observó que los golpes en el portón de su casa, los cohetes, las campanadas, etc., determinaban intensas vibraciones en su abdomen y en las palmas de las manos, vibraciones que ascendían a través del cuerpo a interior de su cabeza, en la que determinaban la sensación de sonidos, que no recibía por su aparato auditivo. Dichoso por este descubrimiento, se dedicó a ensayarlo ahincadamente, aplicándolo a la música con tan felices resultados, que lo ha convertido hoy en *dilettante* de primera línea, al extremo de que goza extraordinariamente con la música óptima, permanece indiferente «al escuchar» la que no merece este calificativo y sufre con la mala, que le indigna; es obligado oyente de todo buen concierto; pero tiene siempre buen cuidado de colocarse lo más cerca posible del conjunto musical que lo ejecuta.

Como la mayor parte de los sordos que se preocu-



pan por permanecer en comunicación con sus semejantes, X ha aprendido a leer el lenguaje en los labios de sus interlocutores; por esto es decidido asistente a todos aquellos actos públicos en que puede descifrar la palabra hablada del modo indicado, ya se trate de sermones, de conferencias o de discursos; su inteligencia le permite valorar el mérito de estas piezas oratorias, y expresa a sus allegados su sincero juicio crítico sobre ellas.

La esmerada educación de este sordomudo es altamente honrosa, no sólo para él, sino para todas las personas de su familia que a ella se dedicaron; pone además de manifiesto que los dotados de nuestros cinco sentidos no derivamos de ellos toda la utilidad que deberíamos, y que, por lo tanto, no explotamos de inteligente manera, y con acierto, los dones con que la Naturaleza nos dotó; creemos que al interés que esta observación despierta se debe añadir el de ser la única recogida entre nosotros, o la primera al menos, que llega a nuestro conocimiento.

#### BIBLIOGRAFIA:

- Castex*: Maladies du larynx, du nez et des oreilles.  
*Garnault*: Précis des maladies de l'oreille.  
*Testut*: Anatomie humaine.  
*Debierre*: Le Cerveau et la Moelle épinière.  
*Doctor Calvo Jorge E.*: A propósito del trabajo anterior del Doctor Ribón Castellanos.  
*Langlois & Varigny*: Nuevos elementos de Fisiología.

## Anatomía Patológica Ocular<sup>(1)</sup>

Curso del Profesor Fuchs, de Viena

Madrid, enero-febrero, 1920

POR EL

DOCTOR MANUEL MARIN AMAT,  
 oculista del Hospital Provincial de Almería

CURSO TEÓRICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA OCULAR  
 CON PROYECCIONES, EXPLICADO POR EL PROFESOR  
 FUCHS, DE VIENA, EN MADRID DESDE EL DÍA 12 DE  
 ENERO HASTA FIN DE FEBRERO DE 1920

### 3.<sup>a</sup> sesión, día 16 de enero de 1920, 7 tarde

Varias preparaciones de úlceras de la córnea, de queratitis intersticial, de *ulcus rodens*, de queratitis nudosa, de queratitis en ampollas y *úlceras ateromatosas*, queratitis estriadas, etc., etc.

1.<sup>a</sup> Una preparación de queratitis parenquimatosa. Se ve que la *infiltración y la vascularización* marchan juntas y así nos lo dice; así como el hacerse por focos aislados que después confluyen. Las láminas del tejido propio, más bien profundas, están interesadas en el pro-

ceso. Siempre quedan en estos casos restos vasculares (obstruidos) que perduran muchísimos años después de curada la queratitis y que hablan en contra de la perfecta *restitutio ad integrum* de la membrana después de la afección, y cita un caso de veinticinco o treinta años de fecha. Se ve, y lo dice también la participación que el iris toma en la enfermedad, observando iritis en las preparaciones, e infiltraciones localizadas en el iris. Este presenta así como las partes anteriores de la esclerótica una infiltración más o menos abundante de linfocitos.

2.<sup>a</sup> *Úlcera ateromatosa* de la córnea. Se desarrolla sobre una antigua cicatriz con la presencia de placas hálina y calcáreas debajo del epitelio, pero con la particularidad de que el que recubre a estas placas o masas se necrosa y cae y el que las rodea, prolifera y se va introduciendo debajo de ellas cubriendo a las láminas corneales, hasta que estas concreciones son totalmente eliminadas. Las placas aparecen muy teñidas en carmín.

3.<sup>a</sup> Una preparación de *queratitis por lagofthalmos* en la que se ve el epitelio en degeneración xerótica, levantado vacuolizado y teñido en negro por el ácido ósmico y algún que otro vaso entre las láminas superficiales de la córnea.

4.<sup>a</sup> *Queratitis ampollosa*.—Se presenta en córneas de ojos con glaucoma absoluto y puede considerarse como uno de tantos síntomas de la degeneración glaucomatosa. Preparación muy interesante. Asientan estas grandes ampollas entre el epitelio o entre las láminas propias de córnea. Esta membrana está insensible, pero existen dolores tan grandes, que en ocasiones reclama hasta la enucleación.

5.<sup>a</sup> *Queratitis estriada*.—Se observa después de traumatismo o después de irido-ciclitis. Preparación muy bonita. Consiste en la formación de pliegues longitudinales de la membrana de Descemet y se ven en la preparación muchos, y algunos situados en la membrana Bowman.

6.<sup>a</sup> *Preparación de queratitis nodular o nudosa* (*Grenow*), muy interesante. Dice que es familiar y aparece en la juventud. El ha visto en una familia hasta tres generaciones (abuelo, padre e hijos) todos varones, en la juventud y consiste en la presencia de pequeños nódulos grisáceos localizados en las láminas anteriores de la córnea, centro de la pupila, que suelen durar muchísimo tiempo y dejan tras sí pérdidas más o menos grandes de la visión. Nos enseñó una preparación consistente en un corte de córnea en la que existían varios nódulos de esta naturaleza y debajo del epitelio; y además una preparación de un corte de uno de estos nódulos (él los extirpa) teñido en carmín muy fuertemente, pareciendo ser una substancia próxima a la mucina. Se acompaña de fenómenos reaccionales intensos con cada brote.

7.<sup>a</sup> Una preparación muy bonita de *ulcus rodens*, de Mooren. No es una verdadera úlcera, sino una afección degenerativa consistente en la atrofia y desaparición de la mitad anterior de las láminas de la córnea

(1) Véase el número anterior.



que dejan una depresión en forma de surco y localiza do entre el arco senil y el limbo corneal y cubierta de epitelio. Afección de la vejez. El epitelio se ve amon tonado en los contornos de la depresión y ésta es transparente. Los síntomas reaccionales son ligeros, no produce hipopion.

#### 4.<sup>a</sup> sesión, día 19 de enero de 1920, 7 tarde

1.<sup>a</sup> Preparación de herida traumática periférica de la córnea, interesándola oblicuamente en todo su es pesor y además al iris. Se ve entreabierta la herida corneal y recubiertos sus bordes del epitelio anterior que da la vuelta a los dos colgajos (con la particulari dad de que el periférico es más grueso que el central) y avanza hasta la cámara anterior, por debajo de la membrana de Descemet.

El humor acuoso se filtra por entre el epitelio.

2.<sup>a</sup> *Herida periférica de la córnea*, por operación de catarata en un viejo operado por él. El colgajo próximo a la esclerótica es más grueso que el central. El epitelio corneal recubre y da la vuelta al borde pe riférico y recubre la cara anterior del iris después de pasar por debajo de la de Descemet. El ojo se perdió por atrofia.

3.<sup>a</sup> *Herida operatoria*, por extracción de la catarata en la que el colgajo inferior montaba sobre el supe rior. El epitelio recubre el borde del mismo, se insinua debajo de la membra de Descemet e igualmente hace sobre el colgajo superior. El epitelio de la córnea ha llegado a recubrir toda la pared posterior de la córnea, el ángulo iridiano y la cara anterior del iris, es decir, toda la cámara anterior; (sobrevino la atrofia del ojo por glaucoma secundario).

4.<sup>a</sup> *Herida de la córnea en su parte inferior, curada* (punción de la cámara anterior). Se ve una ligerísima, casi imperceptible cicatriz; los fibroblastos, es decir, las células fijas de la córnea, proliferadas y alargadas, se han dispuesto en este caso, casi de una manera regu lar. En la parte anterior de la cicatriz se observa una porción de células epiteliales incluídas en la cicatriz de las que la rodeaban cuando la herida estaba abierta, que han quedado en medio del tejido propio de la córnea y separadas del epitelio corneal. Nos dice que con el tiempo esta lesión se hace imperceptible aunque ya con los medios modernos de exploración (luz oblicua y microscopio corneal) siguen siendo percibidas. Nos dice con referencia a las preparaciones 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup> de esta noche, que en la operación de la catarata, recu bre inmediatamente (como en toda herida) el epitelio corneal los labios de la incisión.

5.<sup>a</sup> *Interposición de tejido entre los labios de una herida corneal*. Se trata de exudados formados por fibrina e infiltración leucocitaria que impide la coap tación. El epitelio ha recubierto totalmente y en mu chas capas, los bordes correspondientes y se insinúan debajo de la Descemet, impidiendo la cicatrización.

6.<sup>a</sup> *Herida perforante de la córnea en la parte infe rior*, con el iris enclavado, formando un pliegue com plete. Se ve el iris recubierto por el epitelio.

7.<sup>a</sup> *Herida perforante de la córnea con una brida de adherencia que parte de la cristaloides y se enclava a través de la pupila, en la cicatriz*. En este caso, la iridectomía no daría resultado, y con arreglo a ésto, véase lo que dice en la preparación 17.

8.<sup>a</sup> *Herida con infiltración fibrinosa y purulenta, de la córnea*.

9.<sup>a</sup> *Herida de la córnea con arrancamiento de iris y con tres pestañas contenidas en el vítreo, muy ex presivas*. Se ven focos inflamatorios (y supuración del vítreo) de la coroides y desprendimientos parciales de la retina.

10. *Úlcera artificial de la córnea por trepanación de esta membrana para estudiar la reparación de la misma*. Comprende la mitad anterior del espesor de la membrana. Se ven las fibras de nueva formación con sus núcleos todavía (son de fecha reciente): *fibroblastos* de disposición irregular y una particularidad muy in teresante que es extensiva a todos los casos y es que falta la membrana de Bowmann en el sitio correspon diente (sabido es que no se regenera) y el epitelio de la córnea es más espeso, al objeto de rellenar en parte la pérdida de substancia.

11. Una preparación con infiltración de las lámi nas superficiales (subepiteliales) de la córnea, sin le sión de epitelio.

12 y 13. *Preparaciones de cicatrices de la córnea en distintos períodos con disposición más o menos irregu lar de las nuevas láminas (tejido de cicatriz) y desapa rición de la membrana de Bowmann*.

14. *Leucoma adherente*: borde del iris enclavado en una herida de las capas posteriores de la córnea, es tando adosada toda la mitad inferior del iris paralela mente a la cara posterior de la córnea y cicatrizado en esta disposición, habiendo desaparecido a este nivel la cama anterior y el ángulo de filtración, no habiendo sin embargo glaucoma.

15. *Sinequia circular en la córnea*.

16. *Iris atrofiado* y sin restos de pupila por haber desapa recido el agujero pupilar y pegado íntimamente y en toda la extensión de la córnea, en su cara poste rior. El cristalino falta por haber sido expulsado por la abertura corneal. No hay cámara anterior y existe un glaucoma secundario, con su correspondiente excava ción glaucomatosa de la papila.

17. *Cicatriz corneal con sinequia anterior*. Existen focos de inflamación, grande acúmulo de células lin fáticas y de edema, en distintos sitios de la coroides y es notable dice, que en las úlceras de la córnea, se ob serven estos focos coroidíticos, lo que explica el poco éxito de algunas iridectomías después de las úlceras de la córnea y que son debidos (estos focos de coroidi tis) a que de delante atrás, por el canal hialoideo son arrastradas las toxinas del foco inflamatorio.

18. *Preparación de tatuaje de la córnea*. Las parti culas de carbón se ven emigradas a distintos sitios de la córnea, más o menos lejos del lugar donde fueron depositas por el autor.

19. *Xerosis epitelial sobre un leucoma extenso de*



la córnea. Afección relativamente frecuente. Se ve el epitelio disgregado y con vacuolas y teñido de negro en la preparación (ácido ósmico, por ser degeneración grasosa) en las capas superficiales.

20. *Cicatriz queloides*.—Consiste en una hipertrofia del epitelio y del tejido conjuntivo; en una cicatriz corneal extensa, hasta el punto que hace relieve considerable y tiene 6 ó 7 veces más espesor la córnea en este sitio que en los restantes.

21. *Cicatriz cistoidea*, filtrante en un operado de catarata, por interposición del iris.

22. Fístula corneal, cuyos bordes están recubiertos de epitelio muy espesado que le da la vuelta por completo y se introduce debajo de la membrana de Descemet.

### 5.<sup>a</sup> Conferencia, día 21 de enero de 1920, 7 tarde

1.<sup>a</sup> Preparación.—*Prolapso tardío del iris* y panofthalmia incipiente consecutivos a una operación de catarata. Se ve el pus acumulado en la parte inferior del vítreo. En el prolapso se ven inclusiones epiteliales. Dice que al principio del descubrimiento de la operación de Lagrange contra el glaucoma la hacía él, pero que después se infectan estas cicatrices filtrantes y ya hace solamente la iridectomía contra el glaucoma.

2.<sup>a</sup> *Infiltración de hemoglobina*. Imbibición sanguínea de la córnea entre las láminas de la misma. La hemoglobina recién depositada allí tiene color obscuro como achocolatada al principio y después se va aclarando poco a poco. Está formada la infiltración por pequeños puntitos rojos. La hemoglobina está depositada en más abundancia en las láminas anteriores y se ve perfectamente el límite periférico de la infiltración. Se trata de un ojo gravemente herido y se observa como hecho curioso un quiste libre en la cámara anterior formado por una inclusión del epitelio anterior de la córnea.

3.<sup>a</sup> *Degeneración hialina* sobre antigua cicatriz de córnea. La substancia hialina presenta color amarillento sobre la córnea humana (en las preparaciones se tiñe por los colorantes). Está depositada en una úlcera ateromatosa sobre la cicatriz y el epitelio le rodea por debajo para aislarla y eliminarla.

4.<sup>a</sup> *Degeneración calcárea*, sobre antigua cicatriz corneal. Estos depósitos son blancos, vistos sobre la córnea. En la preparación están teñidos de rojo (carmin), y asientan como la preparación anterior, sobre una úlcera ateromatosa, y el epitelio tiende a rodearle para eliminarla.

5.<sup>a</sup> *Opacidad en cintura de la córnea*, preparación muy bonita. Se ve la membrana de Bowmann incrustada de sales calcáreas en la parte correspondiente a la cinta (porción o mitad inferior de la córnea). Pero la incrustación es mayor por la parte posterior de la membrana de Bowmann, donde insensiblemente va disminuyendo hacia atrás, que en la cara anterior, cuyo límite, debajo del epitelio, es más limitado. La membrana de Bowmann aparece rota en varios sitios, y se montan unos trozos sobre otros. Nos dijo que es

patrimonio la afección, de las córneas degeneradas, y así es: degeneración en cinta o en cintura de la córnea (irido-ciclitis, etc.).

A continuación varias preparaciones de conjunto: cortes de ojos enteros, para estudiarlos después en detalle.

6.<sup>a</sup> *Un corte de ojo* con desaparición del ángulo de filtración por adhesión del iris a la córnea, con cristalino luxado, en ectopia congénita en el vítreo e incompletamente desarrollado, conservando su forma esférica y las pequeñas dimensiones que corresponderían al de un niño. La retina está desprendida y presenta un grueso quiste en el espesor de la córnea, formado por inclusión del epitelio corneal, a consecuencia de una herida, y que ha perdido toda relación de continuidad con el epitelio de que procede.

7.<sup>a</sup> *Una preparación con quistes* formados entre la membrana de Descemet y las láminas posteriores de la córnea. La membrana de Descemet se ha levantado y separado del tejido propio, y quedan las correspondientes cavidades.

8.<sup>a</sup> *Preparación de un estafiloma* intercalar, rodeando parcialmente un grueso estafiloma esférico, además presenta catarata capsular con proliferación hacia adelante debajo de la cristaloides anterior del epitelio anterior de la córnea.

9.<sup>a</sup> *Estafiloma esférico de la córnea*. Dice que aún en las úlceras extensas, éstas no llegan hasta la esclerótica, sino que se suelen parar antes y quedar conservado un ligero resto de córnea. En la preparación se ven proliferaciones en formas de papilas del epitelio anterior hacia el espesor del tejido de cicatriz.

10. *Estafiloma cónico*. Se forma cuando la perforación es central y no muy extensa. El iris se adosa parcial y paralelamente a la cara posterior de la córnea, desapareciendo el ángulo de filtración en dicho punto.

11. *Estafiloma intercalar* muy espeso, recubierto de fibras musculares.

La patogenia de los estafilomas esclerales obedece a un aumento de tensión o disminución de la resistencia de la esclerótica, precisamente en aquellos sitios más debilitada por la presencia de agujeros que dan paso a vasos y nervios (grupo posterior: ciliares cortos y largos; grupo medio o ecuatorial; vorticosas; y grupo anterior: ciliares anteriores.)

12. *Estafiloma intercalar* colocado entre la raíz del iris y el borde de la córnea, pero el iris en su raíz se ha adosado al mismo estafiloma, se ha adelgazado y degenerado y se observan trozos o acúmulos aislados de pigmento.

13. *Preparación de un estafiloma* de la córnea operado por él (queratectomía) en la que se ve el gran grosor de la cicatriz a este nivel y la introducción en la misma de mamelones epiteliales por proliferación del que recubría al estafiloma que a su vez lo es de los pequeños ribetes de córnea que se han conservado.

Nos dice que él no hace ya esta operación porque ha tenido casos de oftalmia simpática y los ha visto en enfermos operados por otros oculistas, y que no



expone al paciente al peligro de la oftalmia simpática por una causa solamente cosmiética.

Después, varias preparaciones de *ectasias de la córnea*. Nos dice que la etiología de éstas es el *adelgazamiento* y el *reblandecimiento*. Tipo de adelgazamiento es la que sobreviene cuando la membrana de Descemet se enclava en los bordes de la pérdida de substancia (queratocele); tipo de reblandecimiento, las consecutivas al pannus tracomatoso y a la queratitis intersticial.

14. Magnífica preparación de «Queratocono». En ella se vé el centro de la córnea extraordinariamente adelgazada:  $1/4$  o  $1/5$  del espesor de las porciones periféricas, y rota la membrana de Descemet en varios sitios, donde es sustituida por una substancia de nueva formación en forma de saliente o relieve. (Viene a confirmar lo observado por Hiss y Panas.) Dice que la causa es completamente desconocida.

Varias preparaciones de globos oculares enteros con estafilomas de la córnea y de la esclerótica, con algunas otras lesiones, como desprendimiento de la retina y excavación glaucomatosa de la papila.

#### 6.<sup>a</sup> Conferencia, día 24 de enero de 1920, 7 tarde

Trata de anatomía normal y patológica de la esclerótica y músculo ciliar e iris.

1.<sup>a</sup> Preparación: Un corte de ojo normal, para estudiar el *músculo ciliar*, *canal óptico* y *papila* para compararlos con los del ojo miope. El músculo ciliar se ve arrancar del anillo tendinoso de Dölinguer, en su parte media, anillo que toma inserción en la membrana de Descemet, viéndose como se engruesa desde su arranque a varios milímetros de la cornea hasta detrás del conducto de Schlemm, cuya pared posterior está formada por la parte más anterior de las fibras que arrancan del mismo anillo.

Está compuesto el músculo ciliar normal, que tiene forma triangular de base anterior, de fibras que afectan dos disposiciones, unas *meridionales* que son en mayor número; pero que a medida que se dirigen hacia atrás se van separando y al llegar a cerca de la *ora serrata* se vuelven hacia adelante anastomosándose con otras de las que van llegando, aceptando en la parte posterior del músculo la disposición de anchas mallas; y otra porción más posterior y profunda formada de fibras *circulares* que aparecen cortadas de través en la preparación, estando muy desarrolladas en el ojo hipermetrope, en el que vimos ocupa la  $1/3$  ó  $1/4$  parte del total (en vez del  $1/5$ ). La separación entre ambas fibras no es clara, sino que hay fibras de transición entre unas y otras, de dirección más o menos oblicuas, que se han llamado *fibras radiadas*, en menor número que las otras; son como fibras suturales que mantienen la unidad de acción en el músculo.

En el mismo corte se ve el *canal escleral u óptico* y la *papila*. Las fibras nerviosas penetran en el ojo, siguiendo una dirección casi recta, y al llegar a la papila se expansionan en la retina. El canal óptico es casi recto y a través de las fibras nerviosas se ve el anillo escler-

al, límite de la esclerótica con las fibras nerviosas, de color blanco y un poco más excéntricamente el anillo corioideo de color oscuro o negro por verse por transparencia el epitelio pigmentario de la retina, por ser ahí, es decir un poco más excéntricamente donde comienza esta membrana.

2.<sup>a</sup> Comparando ahora la primera preparación con esta (la 2.<sup>a</sup>), perteneciente a un *ojo miope*, se ve, que las alteraciones anotomo-patológicas en la miopía radican en el polo posterior del ojo.

En el polo anterior se observala *disposición del músculo* y del *ángulo de filtración*. El músculo ciliar posee solamente en el ojo miope (ya se ve en la preparación) fibras meridianas y carece por completo de *las circulares*. Como consecuencia, el músculo es menos espeso en su base, y el iris desciende más verticalmente (por no ser empujado por las fibras circulares que faltan), dando como resultado la mayor separación de la porción excéntrica del iris de la cornea, y el aumento de abertura del ángulo de filtración.

Hizo gran hincapié en la disposición del músculo según la refracción, y en cuanto a la falta de fibras circulares en el ojo miope, dijo que no se sabe si faltan por disposición congénita, o es debido a la otrofia con posterioridad, a consecuencia de su inactividad o falta de ejercicio, por no necesitar estos ojos de la acomodación.

En el polo posterior se observan alteraciones en el *canal escleral*, *nervio óptico* y *papila*, que son de un extraordinario interés. El *canal escleral* en el ojo miope es *curvo*, disposición que tienen que aceptar las fibras del nervio óptico, por que la esclerótica es la que imprime la forma al nervio óptico y no éste a quella (nos dice). El canal escleral se ha ensanchado por la parte posterior y además por la parte interior, pero aceptando la disposición curva de concavidad temporal, resultando como consecuencia este canal como un doble embudo unido por sus vértices y de bases anterior y posterior, unas veces mirando del lado temporal, que es lo más frecuente, o de ambos lados.

En esta disposición ensanchada del canal escleral por ambas caras de la esclerótica, la más interesante es la relacionada con la cara profunda. Por oftalmoscopia se observan estas alteraciones. Por el lado temporal el espolón escleral del ojo normal ha hecho sitio a una depresión por haberse distendido la esclerótica en este sitio donde sólo hay círculo escleral y fibras nerviosas por no haber comenzado aún ni la retina ni la coroides; y, como consecuencia, se ve una *media luna blanca* formada por la esclerótica recubierta de fibras nerviosas en su parte más próxima a la papila, pero un poco más excéntricamente y en esta dirección temporal se observa como otra media luna no tan blanca, sino *medianamente pigmentada*, porque ya en este sitio (media luna corioidea) ha comenzado la retina con su capa pigmentada y la coroides con su habitual estructura. A este fenómeno de dilatación del borde y proximidades del anillo escleral por la parte temporal se le llama *distrucción*.



Por el reborde escleral nasal se observa un fenómeno inverso. La esclerótica por este borde ha avanzado hacia el lado temporal *supertracción* e invade en mayor o menor parte (hasta la mitad o más en ocasiones) el orificio interno del canal escleral; así es que tapa u oculta hasta la mitad correspondiente de las fibras del nervio óptico. Pero al mismo tiempo ha arrastrado consigo la retina y coroides, resultando otra *media luna opuesta* a la anterior pero ésta sí con su *pigmento* y disposición normales. Ello hace que la papila tome una forma oblicua hacia afuera y que se creyera debido a fenómeno de perspectiva, cuando en realidad es así. Las fibras nerviosas se ven obligadas a hacer una curva e igualmente los vasos para salvar el espolón de la esclerótica que invade la luz del canal óptico por el lado nasal.

3.<sup>a</sup> *Un corte de ojo miope* en el que se ve el espacio subdural del nervio óptico distendido y en forma de cono de base anterior. Se observa la disposición de distracción temporal (estafloma posterior con sus dos partes: próxima al nervio óptico de *color blanco* y la más distante de color oscuro con atrofia de varias capas (coriocapilar de la coroides). La primera formada de fibras ópticas y esclerótica, y la segunda de la esclerótica cubierta por restos de retina y coroides, con su coloración grisácea.

4.<sup>a</sup> *Corte de ojo miope*, con la particularidad de que el borde nasal, (*supertracción*), ha avanzado hasta llegar casi al temporal, cubriendo por completo toda la entrada del canal escleral, en donde las fibras del nervio óptico tienen que acodarse para llegar a la retina.

#### Ahora tres preparaciones de escleritis

5.<sup>a</sup> Corte longitudinal de un ojo con lesiones de *escleritis* (focos) *superficial y profunda*. Existen focos más o menos aislados de infiltración de leucocitos y células de pus, en la parte anterior de la esclerótica (región ciliar) a distintas profundidades, separados por infiltración más discreta de células linfáticas. Esta infiltración no se detiene en la esclerótica, sino que se la ve avanzar en el espesor de la cornea formando un rodete (así es también la lesión escleral en este caso) y disminuyendo la infiltración de la periferia al centro; existiendo al mismo tiempo que la infiltración vasos de nueva formación en el parénquima corneal. El iris por su parte también presenta infiltración leucocitaria (iritis) en toda su extensión y periféricamente se encuentra adosada a la cara posterior de la córnea, con desaparición del ángulo de filtración.

6.<sup>a</sup> Preparación de una forma rara de *escleritis*, llamada *gelatinosa* por Fuchs. En el corte se ve al nivel de la región ciliar, la conjuntiva, esclerótica y porción ciliar de la coroides formando un solo cuerpo a consecuencia de la infiltración inflamatoria; pero lo característico de la afección, que se ve muy bien en la preparación, es la presencia de una *banda de necrosis* en el espesor de la esclerótica, cubierta por otras dos bandas, superficial y profunda, de infiltración leucocitaria.

7.<sup>a</sup> Una preparación de *esclero-coroiditis anterior*

La esclerótica y el cuerpo ciliar están adelgazados por la inflamación que ha dado lugar a la *ectasia*, pero a la vez la córnea está infiltrada en sus capas superficiales. Son ojos éstos, que terminan por la ceguera a consecuencia del aumento de tensión.

(Se concluirá).

## Bibliografía

Hemos recibido para hacer su bibliografía un librito titulado «Enseñanzas de un médico viejo a su hijo que acaba de venir hecho doctor de la Universidad». Este librito pertenece a una colección denominada «Krebsbüchlein», destinada a poner de manifiesto muchos de los defectos de que adolece la educación de los jóvenes en las diversas profesiones, y el presente está dedicado a la medicina. En él se supone que un médico ambicioso y falto de conciencia enseña sus mañas a su hijo, recién llegado de la Universidad, y de una manera sumamente amena se van poniendo de manifiesto estas malas artes de que el padre y otros de su calaña se valen para enriquecerse, tratando sin consideración a los compañeros y a los clientes. Es de una lectura muy amena y muy digna de tenerse en cuenta por los médicos celosos de la dignidad profesional. Está editado en la librería «Die Verbindung», Zurich, 6. Hotzenstrasse, 35.

## Periódicos médicos

### TERAPEUTICA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Valor terapéutico exacto del yoduro de potasio en la sífilis, por el doctor A. Renault.**—El yoduro potásico es el remedio por excelencia de los accidentes terciarios en actividad; pero por razón de su eliminación rápida y casi total, no posee propiedades preventivas; la experiencia clínica demuestra que estas propiedades pertenecen exclusivamente al mercurio y quizá también a los arsenobenzoles. Aunque el yoduro potásico no posea propiedades preventivas, importa saber que es capaz de provocar accidentes serios, cuando se administra periódicamente durante varios años consecutivos; aparte de los pequeños trastornos que se producen habitualmente al principio de cada nueva cura, como el coriza, lagrimeo, el sabor yodúrico, a veces insoportable, pueden ocurrir trastornos gástricos graves, sobre todo, en los hiperclorhídricos y, además, manifestaciones cutáneas, susceptibles de acarrear un pronóstico inquietante. El hecho de haber tolerado durante varios años el medicamento sin inconveniente real, no es una garantía segura de su inocuidad en el porvenir. En un momento dado, el yoduro de potasio expone cada vez que se administra a náuseas, vómitos y



diarrea, que si continúan conducen a la hipopepsia y a una verdadera caquexia iódica.—(*Journal des Praticiens*, núm. 27, 3 julio de 1920.)—*E. Luengo*.

**2. El cacodilato de sosa en altas dosis en terapéutica, por H. Roziès.**—Las dosis de cacodilato de sosa, habitualmente empleadas, son las dosis débiles, que no pasan de 5 a 10 centigramos por día. Se entiende como dosis elevada de este medicamento, 50 centigramos o más, en la veinticuatro horas. A esta dosis, realiza en el más alto grado las tres notables cualidades de las sales arsenicales; es un tónico y un reconstituyente poderoso; es un medicamento antiparasitario notable, y, por último, es un precioso modificador de la piel. Puede administrarse por vía hipodérmica, intramuscular o intravenosa; el autor es partidario de la inyección intramuscular; existen diversas fórmulas, en algunas de las cuales se asocia la cocaína, con objeto de que la inyección sea indolora. Se administrará el cacodilato a dosis progresivamente crecientes, siendo muy variable la dosis inicial, según los diversos autores, desde 15 centigramos, hasta 60, un gramo, y 1,50 gramos. La dosis máxima puede ser muy alta (hasta 6 y 7 gramos); pero son dosis suficientes 50 y 60 centigramos, y a veces no conviene pasar de ellas. Raramente ocurren accidentes locales, eliminándose el medicamento al cabo de tres días. Los trastornos generales que pueden presentarse, son fiebre, vómitos, diarreas, erupciones cutáneas, hemoptisis, albuminuria y neuritis; pero estos accidentes son excepcionales, aun en los tuberculosos. Sin embargo, será prudente suspender la medicación, si se presenta fiebre hemoptisis o albuminuria, sobre todo, si se trata de un tuberculoso pulmonar. Las aplicaciones quirúrgicas de las dosis elevadas de cacodilato, son el tratamiento de las anemias post-hemorrágicas, quirúrgicas y el de las tuberculosis ganglionares y óseas. En Medicina, serán útiles en las diversas enfermedades de la sangre (anemias esenciales o sintomáticas, leucemias, linfadenia.) Conviene hacer notar, no obstante, que el arsénico es siempre inferior al hierro en el tratamiento de la clorosis. En ciertas afecciones de las vías respiratorias, como la adenopatía tráqueo-bronquial, y, sobre todo, en la tuberculosis pulmonar; cuando la enfermedad presenta una marcha lenta, fibrosa, este tratamiento hace maravillas; si se produce fiebre, se administrará por vía digestiva; cuando se inyectan 50 centigramos, el enfermo exhala por el aliento rápidamente después de la inyección, un fuerte olor aliáceo, que persiste ocho o diez horas; si no se presenta este signo, puede renunciarse al tratamiento porque no daría ningún resultado. En ciertas enfermedades generales, como la diabetes con desnutrición, y ciertas formas de reumatismo crónico. En buen número de afecciones del sistema nervioso (corea, neurastenia, bocio exoftálmico); algunos autores han obtenido buenos re-

sultados también en la parálisis agitante, por vía intravenosa. En la convalecencia de grandes infecciones, especialmente en la astenia gripal. Como antiparasitarias, las dosis masivas de cacodilato, serán útiles en el paludismo; en la sífilis, asociadas al mercurio, en la fiebre recurrente, angina de Vincent, tripanosomiasis y lepra. Como modificador de la piel, se administrará el cacodilato a dosis fuertes, en los eczemas rebeldes, sobre todo, de los anémicos; en el psoriasis, liquen plano y en ciertas afecciones consideradas como de origen tuberculoso, como el lupus, eritema nudoso y el eritema indurado de Bazin.—(*Gazette des Hopitaux*, núm. 65, 24 julio 1920.)—*E. Luengo*.

**3. El eucaliptus y la diabetes, por el doctor Trabut.**—Con el empleo de la infusión de hojas de eucaliptus, se obtienen en la diabetes mejorías muy notables y hasta curaciones. El uso de esta planta en dicha enfermedad se va generalizando y el autor publica una carta del doctor Pérez de Tenerife, en la que éste le comunica los inmejorables efectos obtenidos, hasta el punto de creer que no existen más diabéticos en dicha isla. La fórmula empleada, es un cocimiento de 10 a 15 gramos de hojas en un litro de agua; que se hace hervir hasta reducir a la mitad. La composición química de las hojas de eucaliptus es bastante compleja y probablemente esta acción contra la diabetes se debe a materias del grupo tan polimorfo de los taninos.—(*Bull. gen. de Thérapeutique*, núm. 8, agosto 1920.)—*E. Luengo*.

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

**4. Curioso caso de cálculo ureteral.**—El doctor Victoriano Juaristi refiere el siguiente interesante caso:

«La muchacha E. G. de Elorz, que servía en Pamplona, ingresó en el hospital con un cuadro que ella describe así: «Me sobrevinieron de pronto fuertes dolores en el vacío derecho, que bajaban hacia el empeine; se me fué presentando en ese sitio, bajo las costillas del mismo lado, un bulto; orinaba muy turbio, como materia; tenía fiebre fuerte.»

En el hospital, incindieron la tumuración bajo el reborde costal y salió pus en abundancia; pero cuando la herida estaba próxima a cerrarse, en vez de pus salía un líquido acuoso, muy abundante, cuyo olor no permitía dudar: era orina. Sin embargo, le administraron azul de metileno, para mayor seguridad, y la excreción salió teñida. Estaban, pues, los médicos, frente a una fistula urinosa; como no cerraba, intentaron una operación por vía abdominal; pero sobrevino una hemorragia que la puso en peligro de muerte, y suspendido el acto y restablecida la enferma, pero con su fistula, salió del hospital.

Pasaron algunos meses; no resignada la mucha-



cha con su molestísima situación, que la impedía servir, vino a vernos. Desde las primeras palabras comprendimos que se trataba de una piodermitis calcúlosa, y que la fistula persistía por obstrucción del ureter por el cálculo, cosa que la exploración por el cistoscopio y la radiografía pusieron en evidencia. Una sonda uretral introducida por la fistula, puede abocarse al ureter, pero se apela a la sonda sobre sí misma. Armamos la sonda con un fino mandril metálico y forzamos algo contra el obstáculo, aunque sin esperanzas de vencerlo, dispuestos a practicar la indispensable pielotomía; pero, al día siguiente, la enferma nos trae el cálculo, expulsado con una micción dolorosa, y «a las cuarenta y ocho horas la fistula está absolutamente cerrada.»

He aquí un éxito que no esperábamos tan fácilmente, aunque si estábamos seguros del mismo con la pielotomía lumbar. ¡Cuántas veces conseguiríamos estos resultados diagnosticando más y operando menos! Me complace, por lo mismo que soy cirujano, recordar que en pintura se dice «Al mal Cristo, mucha sangre» la patología quirúrgica no hará «Cristos buenos» hasta que enseñe a curar sin grandes carnicerías.—(*Revista Navarra de Medicina, Cirugía y Farmacia*, julio 1920). »

**5. Substituto del subnitrito de bismuto.**—Desde la guerra se ha vuelto difícil obtener subnitrito de bismuto de buena calidad. Además, el precio ha aumentado muchísimo. Esto ha hecho buscar un sustituto eficaz. Hace algunos años al ocurrir algunos casos de envenenamiento por el subnitrito de bismuto, se propuso substituir el subcarbonato, el cual, sin embargo, no es más barato. En una comunicación reciente el doctor Georges Hayem, antiguo profesor de medicina clínica de la facultad de medicina de París, propone que para reemplazar al subnitrito de bismuto se emplee caolín, la arcilla blanca que se emplea para fabricar objetos de loza y porcelana. Hayem la empleó por primera vez en 1915, como sustituto del subnitrito de bismuto en un caso de úlcera gástrica. Después ha extendido su uso a todos los estados para los que había recetado antes subnitrito de bismuto y, en particular, la gastralgia. Si se limpia bien, el caolín no tiene gusto marcado y puede emplearse mezclado con agua o sólo. Sin embargo, para evitar todo gusto desagradable puede aromatizarse, agregando a cada 40 gramos, una gota de esencia de anís o seis de esencia de menta. Debe recordarse que el profesor J. Stumpf del Würzburg recomendó una vez el caolín pulverizado muy finamente para el tratamiento de las infecciones intestinales agudas y crónicas.—(*The Journal*, Edición Española, 1-6-920).

#### MEDICINA EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Un nuevo signo de los derrames taráxicos, o signo del frotamiento seco, por P. Mauriac.**—Cuando

en un enfermo con derrame pleural, se frota con el lado palmar del índice o del dedo medio, su camisa, bien aplicada sobre el epigastrio, el oído que ausculta al mismo tiempo por detrás, percibe con claridad en el lado enfermo, un frotamiento seco que no se oye en el lado sano. Para practicar este signo, son necesarias las siguientes precauciones: debe aplicarse bien la camisa por debajo de la punta del apéndice xifoides; el frotamiento debe practicarse con toda la cara palmar de las dos últimas falanges de los dedos índice y medio, frotando transversalmente y de derecha a izquierda; si la piel de los dedos no está absolutamente seca, se debe emplear un dedil de tela gruesa como el forro de los guantes de Suecia, o la gamuza.—(*Journ. de Med. de Bordeaux*, núm. 14, 25 julio 1920).—*E. Luengo*.

#### 2. La osteomalacia ¿es una enfermedad rara o común?, por William H. Dieffenbach.

Después de hacer varias consideraciones acerca de la patología y de las diversas opiniones que existen sobre la etiología de esta enfermedad, el autor, fundado en las enseñanzas que suministran sus observaciones radiográficas, establece las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La osteomalacia no es una enfermedad rara, sino que sencillamente pasa desapercibida, por regla general, hasta que las fracturas espontáneas atraen la atención sobre las lesiones óseas.

2.<sup>a</sup> La osteomalacia simula estados reumáticos y artríticos, debiendo ser eliminada cuidadosamente en dichas lesiones.

3.<sup>a</sup> Al lado del diagnóstico por los rayos X, por medio de los cuales se establece aquel fácilmente y de una manera típica, existen suficientes manifestaciones clínicas para diagnosticar la lesión en sus primeros periodos.

4.<sup>a</sup> Estas manifestaciones son el paso corto característico, inseguro, con el dorso encorvado y la cabeza baja, los dolores reumáticos vagos o indefinidos que afectan diferentes articulaciones, el exceso de fosfatos térreos en la orina, la frecuencia de la línea blanca de Sergent y, si la enfermedad avanza, la disminución de la estatura debida a la atrofia de los huesos; o a la curvatura del femur y otros huesos largos.

5.<sup>a</sup> La etiología, a juzgar por las endemias encontradas en la Europa Central, parece ser la nutrición insuficiente o impropia con deficiencia de cal, fósforo y vitaminas.

6.<sup>a</sup> También se observan en la osteomalacia, insuficiencia de las suprarrenales y paratiroides. Pero aún está sin determinar, si estas insuficiencias son reflejas, como consecuencia de los defectos de nutrición antes indicados, o son de carácter primario.

7.<sup>a</sup> El tratamiento por medio del reposo, actinoterapia, dieta apropiada y productos opoterápicos, sobre todo en los estados no muy avanzados de la enfermedad, dará buen resultado.—(*Medical Record*, núm. 24, 12 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

##### Los secretarios de Ayuntamiento y los médicos.— Nuevo desencanto.—Contraste

En periódico tan poco sospechoso de ministerial como *El Sol*, leemos una larga noticia, enterada de justas alabanzas, en la que se dice que el ministro de la Gobernación, señor conde de Bugallal, ha llevado a Consejo de ministros el proyecto de reglamento de secretarios de Ayuntamiento, proyecto que ha rodado por las mesas de diez o doce antecesores suyos y, según el cual, se asegura a los SUFRIDOS FUNCIONARIOS la inamovilidad, el orden de ascenso, la independencia, las jubilaciones y todos los beneficios de que otras clases de funcionarios disfrutaban.

¡Muy bien por el Sr. Bugallal! ¡Esto es ser hombre equitativo y, sintiéndonos por un momento políticos, hombre oportuno, pues en vísperas de elecciones no estorba el tener propicios a los SUFRIDOS FUNCIONARIOS que mayor influencia tienen en los distritos rurales!

Pero no olvidemos que los médicos titulares no son mancos en materia electoral, o por lo menos, pueden no ser mancos si entienden sus intereses y actualmente abrigan la esperanza de que V. E., que ya se ha mostrado protector suyo, procurando asegurarles el cobro de sus haberes, esperan que haga salir de su somnolencia al señor ministro de Hacienda y que le mueva a que regularice la tramitación de los cobros que V. E. quiso asegurar.

¿Cree S. S. que cada médico no puede disponer de 20 votos?... Pues son 400.000 votos mal calculados, y ellos algo pesan en la balanza electoral.

Y esto, aparte de lo que significa que cuando tantas ternuras se despiertan en favor de los verdaderos amos de los Municipios, procedentes las más veces de la masa vulgar, no se tenga en cuenta la *santa autonomía de los Municipios para el más municipal* de sus funcionarios y, en cambio, se sientan escrúpulos administrativos para constituir en cuerpo cerrado a los más

técnicos de los referidos funcionarios. ¡Ah, padre Micifús y padre Zapirón, cómo os regocijáis en vuestras tumbas al contemplar la pléyade de discípulos que habéis dejado en nuestros políticos españoles!

—o—

No sólo extrañeza y asombro, sino sorpresa rayana con el desconsuelo, y aun movida a la indignación, nos ha producido la lectura de la famosa declaración ministerial. Cuando un Gobierno acaba de recibir de la Corona la más grande e inusitada muestra de confianza, significada en el decreto de disolución de las Cortes, y cuando este Gobierno quiere mostrarse digno de esta confianza exponiendo ante el que se la otorgó cómo conoce las necesidades del país y cómo se propone acudir en su remedio con el poderoso instrumento parlamentario que quiere crear, no encuentra este Gobierno *ni una sola palabra* para hacer ver que se ha hecho cargo del más hondo y trascendental de los males que minan nuestro pueblo, que empobrecen nuestro país, que aniquila nuestra raza y que nos deshonra ante el mundo civilizado.

No basta que los extranjeros acaben de darnos la benévola, pero afrentosa lección que nos han dado; no basta que algunos patriotas cultos y desinteresados se esfuercen a diario en propagandas y llamadas hechas a las incultas inteligencias de nuestros gobernantes... ¿Cómo comparar la importancia de la mortalidad de los españoles con la de la garantía del interés de las grandes empresas o el sostenimiento y el respeto de los *truts* que encarecen ahogando las industrias de cultura? ¿Es qué esto puedo continuar así? ¿Es que para despertar la incompreensión del Gobierno no basta ni los discursos públicos del Rey, ni las demostraciones brutales de las cifras estadísticas ni las amonestaciones diplomáticas del extranjero? Sigan, sigan nuestros gobernantes por este camino, que al fin de él, no se necesita ser un lince para saber lo que todos encontraremos. Pero entonces las generaciones españolas habrán ido disminuyendo en número, se habrán extinguido en la miseria orgánica, y no habrá quien nos pida cuentas de



nuestra ineptitud y de nuestra ignorancia. No decimos más por hoy; temerosos de que nuestra justa indignación nos lleve a excesos de palabra de que nunca somos partidarios, pero bien los justificaría hoy el considerar el menosprecio que significa el que, *ni siquiera por cumplir* se haya dedicado una frase de aliento al estado de la salubridad pública en España.

—O—

Notable contraste forma con este manifiesto de Gobierno el siguiente párrafo que del significado hombre público Sr. Ossorio Gallardo tomamos de un periódico de la mañana:

«3.<sup>a</sup> Entrega de ese Ministerio (el de la Gobernación) a un médico u otra persona de competencia análoga, que mientras se ventila la elección pueda consagrarse *dictatorialmente* a librar la batalla en defensa de la sanidad pública.»

Aunque comprendemos lo que hay que restar a la exageración del articulista, nos complace ver que entre los amigos del Sr. Maura no se ha evaporado aquel espíritu que inspiró la *Instrucción general de Sanidad*, por todos aplaudida.

DECIO CARLAN

## A las clases sanitarias

Cuando en 1904 se decretó la «Nueva Instrucción Sanitaria» que hoy nos rige, el ilustre hombre público D. Antonio Maura dijo (si no recuerdo mal) las siguientes palabras: «Ahora que se nutran de su propia savia», con lo cual quiso manifestar que el Estado no debía hacer más por nosotros. Desde esa fecha sobre poco más o menos, empezó la clase a moverse en sentido societario, dando por resultado la «Asociación de Médicos Titulares de España», la «Federación Nacional de Sanidad Civil», la «Unión Médica Nacional», la «Federación Sanitaria de Andalucía», la «Federación Médica Castellana», la «Colegiación Obligatoria», sin contar la Colegiación anterior, hasta venir a parar a los actuales «Sindicatos Médicos», y todo ello con el obligado acompañamiento de Congresos, mítines, reuniones y cabildeos para llevar a la práctica la tan codiciada «Unión» de que tanto necesitamos. ¿Se ha conseguido? Los hechos responden en sentido negativo. Yo creo que todo ese movimiento societario ha sido secundado de la mejor buena fe y de las más sanas intenciones en virtud de que todos anhelamos reivindicaciones, pero lo cierto es que el resultado no ha correspondido a esos buenos propósitos a consecuencia de no haber tenido en cuenta la naturaleza íntima de nuestra profesión, y, por consiguiente, de ahí el fracaso. En efecto,

la profesión médica es por esencia liberal y por tanto libre en su ejercicio; no se la puede poner trabas ni cortapisas y todo lo que se haga en este sentido es desprestigiarla y convertirla en un industrialismo grosero. Nuestra profesión es un sacerdocio y esto basta para dignificarle. Los que la ejercemos no podemos compararnos a las clases obreras, como se ha pretendido hacer, y mucho menos asociarnos a ellas llevándonos a la Casa del Pueblo.

Para nosotros no se ha decretado la jornada de ocho horas, ni el descanso dominical, ni los accidentes del trabajo. Nuestra misión humanitaria no está llamada a ocasionar trastornos ni a perturbar la paz pública, ni tampoco entorpecer la acción gubernativa en el orden social declarando una huelga general de médicos, puesto que con ese acto nos deshonraríamos a la faz del mundo civilizado.

Lo que debemos pretender es que se nos atienda y se recompense nuestra labor como es de justicia, y esto debemos procurarlo con toda aquella seriedad como corresponde a una clase ilustrada y dentro de la más estricta legalidad. Finalmente, en nosotros no pueden caber ni desplantes ni imposiciones; quédense esos actos para gentes ligeras que se dejan llevar por inteligencias revoltosas. Nuestro enemigo común es el «caciquismo» en sus dos formas, política y profesional, y contra él debemos contraponer nuestras energías hasta aplastarlo por completo, y el día que eso suceda habremos conseguido la victoria y entonces, y sólo entonces ocuparemos el lugar que nos corresponde en la sociedad. No voy a entrometerme si la función sanitaria es una función del Estado o del Municipio; en lo único que me quiero detener es en el programa mínimo referente a que seamos pagados por el Estado. Para que este negocio revistiera importancia para nosotros y resultara práctico fuera preciso que el sueldo mínimo que nos dieran fuese de 2.000 pesetas, puesto que con él nos podríamos defender los que ejercemos en partidos pequeños. Esto los Gobiernos actuales no lo pueden hacer por la enorme suma que representaría en el Presupuesto. Para conseguirlo fuera preciso que viniese un «Gobierno radical» muy potente y muy bien penetrado de la verdadera importancia de la función sanitaria que, arrostrándolo todo, suprimiera de una plumada esa inmensa legión de parásitos que viven a expensas del Presupuesto nacional. Entonces si que sobraría dinero para emplearlo como fuera de justicia en cosas útiles y beneficiosas para esta noble Nación tan necesitada de alimentos, de salud y de higiene. Lo más que un Gobierno puede hacer por la clase es cobrarles a los Municipios las cantidades que tienen asignadas por Beneficencia y dárnoslas después, y esto, a mi modo de ver, nos colocaría en una situación mucho más crítica y aflictiva de la que hoy padecemos. Voy a demostrarlo. Los Municipios, para asegurar la estancia del médico, se encarga del pago de los particulares formando lo que se conoce con el nombre de «Partidos cerrados», y para saltar la ley que no permite la ingerencia oficial en lo particular, anuncia en las vacantes

**PAPELES YHOMAR**

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).  
CULTIVO DESECCADO, EN POLVO, DE BACILOS LA OTICOS  
LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 31.—Valencia,



que una Junta compuesta de los mayores contribuyentes responden del pago, y de esa manera los médicos van pasando con más o menos dificultades, pero al postre, vamos viviendo. El día que el Estado nos abonase como queda dicho, cobraríamos puntualmente, eso no cabe duda; pero el Municipio entonces se inhibiría, como es lógico, de la particular dejándolo a cargo del médico, y escuso decir que entonces cobraríamos muy mal la cantidad o sueldo de mayor importancia, haciéndonos, por consiguiente, la vida imposible. Tan cierto es lo que digo, que cuando un cacique se le antoja hacernos saltar, saltamos, mal que le pese a nuestra pretendida inamovilidad con los contratos ilimitados con que nos ha favorecido la nueva Instrucción Sanitaria, porque arrastrando el cacique o el Municipio, que es lo mismo, a las masas populares, forman una sociedad que se separa del titular, quedando este a merced del mezquino sueldo oficial, que se lo pagan tarde y de mala manera. Un medio se me ocurre para salvar tantos perjuicios como nos rodean, el cual considero que nos llevaría en breve plazo a la meta que todos deseamos. El que voy a poner a la consideración de mis compañeros y asimilados se halla dentro de la más estricta legalidad; deja a todos en la libertad más completa, porque no se impone a nadie y, finalmente, es un medio que arranca de nosotros mismos y no necesitamos de ingerencia extraña ni de tampoco continuar siendo pedigüños con los Poderes constituidos. Lo que nos falte ya ellos nos lo darán por añadidura y de un modo espontáneo, por la cuenta que les tiene, y vuelvo a repetir los mismos conceptos que dijera el ilustre prócer D. Antonio Maura.

*Ahora que se nutran de su propia sangre.*—Sí, estimados compañeros; tenemos savia de sobra, que bien dirigida, nos llevaría a nuestra dignificación y a reivindicar nuestros legítimos derechos conculcados por la ignorancia y la mala fe. Para ello debemos considerar antes que nada, que existen carreras hermanas que tienen, como nosotros, hambre y sed de justicia y que, por lo mismo, padecen como nosotros iguales perjuicios y calamidades. Estas carreras hermanas deben de agruparse con nosotros y formar lo que pudiera llamarse «Unión Sanitaria». A ésta la representaría un Directorio constituido por tres médicos, tres farmacéuticos, tres veterinarios, tres practicantes y dos letrados asesores, pudiendo establecerse en cualquier capital de España. En cada capital de provincia habría una Junta llamada provincial compuesta de dos médicos, dos farmacéuticos, dos veterinarios, dos practicantes y un letrado asesor y, por último, en cada distrito o partido judicial se establecería otra Junta llamada de Distrito formada de un médico, un farmacéutico, un veterinario, un practicante y un procurador para asesorarla. La constitución de las Juntas y Directorio se haría por votación y del modo siguiente: los profesores asociados de los Distritos elegirían por votación la Junta de los mismos; estas Juntas reunidas votarían a la Junta Provincial y estas a su vez al Directorio.

Quedarían abolidos los Congresos, mítines, reunio-

nes, etc., de las clases para un fin societario, porque la experiencia ha demostrado que no sirven para otra cosa que para ocasionar gastos, molestias, abandono de destinos, hablar mucho y producir rozamientos que a toda costa se deben evitar. La propaganda se haría por medio de hojas impresas dirigidas a todos los médicos, farmacéuticos, veterinarios y practicantes de España y sus posesiones y para ello, los más entusiastas de la Unión, se prestarían a los gastos preliminares por suscripción voluntaria.

Las clases residentes en los Distritos ya asociadas, cotizarían una cantidad que estaría en relación con sus ingresos y pagaderas por trimestres y solamente lo harían aquellas que estuviesen ejercitando su profesión y los que se encontrasen sin destino solamente lo harían voluntariamente, imponiéndose ellos mismos sus cuotas las cuales terminarían en cuanto tuviesen destino, pagando entonces la cuota que le correspondiese por clasificación. Las Juntas admitirían donativos que cualquier persona o entidad quisiera hacer a la Asociación con un fin filantrópico. Estos donativos y las cuotas de los asociados serían remitidos a las Juntas Provinciales, separando una cantidad para gastos de escritorio y correspondencia y lo restante ingresaría en el Banco en la cuenta corriente. Las Juntas Provinciales se prestarían auxilios pecuniarios cuando el Directorio lo ordenase, reintegrándose luego de las cantidades facilitadas, con el fin de que cada Junta Provincial tenga un capital propio. Los cargos del Directorio y de las Juntas serían al principio honoríficos y cuando la Asociación tuviese fondos sobrados serían remunerados. La «Unión Sanitaria» tendría como órganos de la misma aquellos periódicos profesionales que tuvieran como suscritores mayor número de asociados. Los referidos periódicos publicarían al par del número el Boletín del Directorio, que repartiría gratuitamente a todos sus suscritores, y para aquellos que no lo fueran abonarían el precio de la suscripción que estableciera dicho periódico, que en tal caso sería módica. Si hubiera algún asociado que su estado económico no lo permitiera, bien porque estuviera sin destino, etc., podría solicitarlo a la Junta de su Distrito y ésta se lo facilitaría gratuitamente.

#### Funcionamiento de la «Unión Sanitaria».

Cuando el Directorio lo estime oportuno, que sería el momento en que las Juntas provinciales contasen con los fondos necesarios, daría comienzo a la campaña de reivindicación sanitaria de la manera que voy a exponer, sirviendo como modelo un ejemplo que mostrará de un modo general lo que pudiera hacerse en casos análogos y con las distintas profesiones agrupadas.

Supongamos que en el partido A, del Distrito B, perteneciente a la provincia C, se le adeuda al médico titular dos trimestres de su asignación; el asociado lo pondrá en conocimiento de la Junta de su Distrito; ésta le autorizará para que oficie a la Alcaldía para que en un plazo determinado le abone sus haberes y en caso que no lo efectuara se vería obligado, con gran

## CARBOLAN

Pelrid's Co., 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)



sentimiento suyo, a presentar la dimisión del cargo de médico titular. Si al terminar el plazo señalado el Municipio corresponde, aquí no ha pasado nada; mas si, por el contrario, no lo hace, se hace el sordo o contesta con evasivas o con promesa de pagar en plazo determinado, entonces presentará la dimisión ante testigos, y recogiendo recibo, que unido a una copia literal del oficio dimisionario, será entregado a la Junta del Distrito y ésta a su vez lo trasladará a la Junta provincial, disponiendo ésta, con la brevedad que el caso exige, de los fondos necesarios para que desde el momento de la dimisión perciba el médico la cantidad o sueldo equivalente al que venía recibiendo hasta ese instante y que continuará recibiendo por mensualidades vencidas. Si el partido de que se trata anuncia la vacante, ésta se publicará en el «Boletín del Directorio» y con la coletilla de «Por falta de pago», con el objeto de que ningún asociado la solicite.

El médico dimisionario continuaría en la localidad o no, según las circunstancias, pues bien pudiera ocurrir que corriera peligro su seguridad personal, y, en ese caso, sería prudente su traslado a un pueblo inmediato, recibiendo la hospitalidad de un compañero que le favorecería su estancia eventual, y de esto tendría conocimiento la Junta.

Si la Alcaldía acudiese en demandas de asistencia a los médicos inmediatos, éstos no se la negarían, pero con la condición precisa de ser el pago adelantado y los honorarios dobles de la cantidad que percibía el dimisionario. De esta cantidad se quedaría la mitad para el médico que desempeñara la interinidad y la otra ingresaría en los fondos de la Asociación; de no haber acuerdo entre el médico y la Alcaldía, entonces se negaría la asistencia.

Entretanto, la Junta del Distrito se pondría en relación con la Alcaldía del partido A, a fin de procurar un arreglo amistoso, y si aquélla se conviniera a una transacción, abonando al médico, éste retiraría su dimisión, y a no haberla, entonces se seguiría un procedimiento ejecutorio contra la Alcaldía por débitos al médico titular. Una vez el asunto zanjado, el médico devolvería a la Junta las cantidades recibidas como auxilio. Como en todas las profesiones hay disidentes, bien pudiera ocurrir que uno de éstos solicitara el partido en cuestión vacante y se lo concedieran; entonces la Junta del Distrito le llamaría la atención sobre las condiciones de dicho partido y de las consecuencias que resultarían favorables para la profesión retirándose de aquél, porque de no hacerlo más o menos tarde tendría que ser víctima de la informalidad de ese Municipio, y desde luego se vería aislado, sin protección moral ni material de ningún género y con la agravante de que todos los compañeros del Distrito lo considerarían como un intruso, y que tuviera en cuenta que se estaba tratando de la reivindicación de un compañero que se hallaba defendiendo sus derechos inculcados, y que él venía a entorpecer con su intromisión su justa demanda, y, por último, que no se extrañara, en caso de no acceder, que los compañeros asociados le nega-

ran en adelante toda comunión profesional. ¿Qué médico, por muy reñido que estuviese con su dignidad y con sus intereses, no había de escuchar y de convenirse ante las razones de la Junta? Yo creo que ninguno. Generalícese el ejemplo que acabo de señalar para todos aquellos casos que pudieran ocurrir a las demás profesiones hermanas, y lo mismo que he dicho de un partido puede ampliarse a una Diputación, hospitales particulares, sociedades benéficas, etc., etc.

Más tarde, cuando la «Unión Sanitaria» se encontrase vigorizada, bien pudiera entenderse con el Estado en aquellos casos que usa de nuestros servicios y no nos paga.

Este pensamiento que propongo y que no hago más que apuntar, en el caso de que fuera viable, bien pudiera ser ampliado y desarrollado por plumas autorizadas y que gozan de gran prestigio dentro de la profesión, y si, por el contrario, fuera un aborto de una imaginación exaltada, ruego se me perdone en atención de haberlas hecho movido tan sólo por el grande cariño que tengo a mi profesión.

Para dar remate a estas mal hilvanadas líneas, termino con la siguiente quintilla, para que haya de todo en mi escrito:

Si alguno llegase a hallar  
otra solución mejor,  
bien la debe publicar  
el afortunado autor,  
para poderla apreciar.

F. DE P. MOTA.

## Sobre actuación social médica

### Un caso de comunismo profesional

Los tiempos actuales son, sin duda alguna, de reformatión profunda en las relaciones y actuación de las profesiones.

La materia no puede ser de más extraordinario interés.

Por ello, y para que ésta pueda ser orientada hacia lo más conveniente dentro de la equidad, parece deber ineludible de todos, aportar a la información colectiva los datos que posea y cuyo conocimiento sea capaz de contribuir a la formación de mejor juicio.

En nuestra profesión a este respecto, el momento tiene algo de preciso y como conocemos un caso de comunismo profesional largamente vivido, estimamos pertinente su difusión.

He aquí los hechos.

\* \* \*

La hermosa, culta y patriarcal villa de X... (Gipúzcoa) contaba el año 1891, con el mismo vecindario aproximado que en la actualidad. De sus 6.200 habitantes, la mitad residían en el núcleo o casco de la población y el resto en los barrios anejos y numerosos caseríos de bello y accidentado término.

# 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.



Los servicios sanitarios les eran prestados por tres médicos, con domicilio fijo en la villa.

Los que los efectuaban el año 1891, vivían en estrecha y constante relación amistosa y profesional.

Esta y su buen compañerismo, les llevó a pensar y decidir constituirse en comunidad profesional. Para ello estudiaron las bases más equitativas y acordadas, las suscribieron.

Su sencillez era extraordinaria. En cuanto a deberes, la población quedaba dividida para su servicio en casco y afueras. Estas se segmentaron en tres partes lo más iguales posibles, cada una de las cuales sería visitada por uno de ellos en turno mensual rotativo, con lo que alternaban el mismo tiempo en ellas y las recorrían, sin diferencias, en un trimestre. Para el casco, los vecinos podían llamar al que de los tres les pareciera más conveniente.

Respecto a derechos, todo lo recaudado por cada uno se ingresaba en fondo común, cuyo total se repartía a prorratio en fechas determinadas.

Se sustituían en las enfermedades sin estipendio alguno y lo mismo en las ausencias, pero con abono del que marchase, de cuota proporcional al tiempo de falta; el importe de éstas se ingresaba en el fondo común y servía para constitución capitalicia.

Y así vivieron en fraternal comunidad profesional veinte y tantos años.

Pero éstos permitieron ir viendo, que la aceptación social no había sido la misma para los tres y como consecuencia de ello, que si bien subsistía la equidad en el servicio de afueras, en que a los enfermos o sus familias no les era dable elegir el médico que había de asistirles, no sucedía lo mismo en el casco de la población, pues sus habitantes en uso del derecho de opción, habían otorgado a uno de los colegas mayor estima y aceptación, por lo que su visita era constantemente más del doble de la de cada uno de sus compañeros.

La continuidad del hecho, acabó por pesar, como no podía menos de suceder, sobre quien no hallaba en el favor de la mayor confianza profesional, más que motivo constante de acrecentamiento de trabajo sin remuneración proporcional, y este desnivel progresivo y continuado rompía toda equidad.

Y por ahí vino el fin de la comunidad, pues si bien el perjudicado con abnegación y caballerosidad ejemplar creyó deber indeclinable aceptar el sacrificio, y lo hizo gustoso en tanto vivieron los tres que fundaron la comunidad, le pareció necesario prescindir de ella al fallecer uno de los tres, puesto que con esto desaparecía el motivo de compromiso; con tanto más motivo, cuanto que al acontecer tal suceso era lógico pensar, que tendiera a aumentarse el desequilibrio de trabajo en contra suya, por la venida de otro compañero desconocido, o cuando menos, muy de esperar que así fuera en los primeros tiempos de estancia de éste en la ciudad.

Tal fué el fin de este laudable ensayo de comunidad profesional, que no bastaron a hacer permanentemen-

te provechoso la cordialidad y el buen compañerismo, ayudados con toda eficacia por la mejor ética.

Acabó con ella el factor externo a nosotros que más estimula, perfecciona y hace progresiva nuestra profesión: el derecho de todo individuo libre, o de sus familias, a elegir el médico que mejor le parezca, o más les convenga.

Y es esta enseñanza que quizás merezca no ser desatendida cuando se trate de fundar orientación de actuaciones profesionales.

R. LUIS YAGÜE.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima 706,8; id mínima 700,9; temperatura máxima, 25°,7; id. mínima, 6°,7 vientos dominantes, SO. O.

Los afectos reumáticos han sido frecuentes en esta semana, revistiendo las formas articulares agudas, neurálgicas periféricas, crónicas y viscerales, se han presentado algunos pequeños catarros tranqueo-bronquiales en general el estado de la salud no ha empeorado, a pesar de las oscilaciones de la temperatura.

## Crónicas

**Consultas gratuitas.**—Han vuelto a reanudarse las consultas gratuitas de 11 a 12 de la mañana en el Instituto Antituberculosos en la calle de Ferraz, 55, de esta Corte.

**La Beneficencia municipal de Vitoria.**—El día 1.º celebró el Ayuntamiento de Vitoria una interesante sesión para tratar de la aprobación del Reglamento, en virtud del cual se reforman los servicios médicos de la Beneficencia municipal.

En este Reglamento se aumenta el número de médicos que prestan asistencia a los enfermos en el hospital civil. Después de ser discutido, quedó aprobada la reforma.

**Liga Española de Medicina Social.**—Por iniciativa del doctor Aguado Marinoni, y con el consejo y protección de altas personalidades de los campos médicos y sociológicos, se está constituyendo una Liga Española de Medicina Social, con propósitos de acción inmediata y enérgica en beneficio de la salud pública.

Se ruega a todas las Sociedades y a los particulares que estén conformes con la idea y deseen tomar parte en la constitución de la Liga, que se sirvan manifestarlo cuanto antes por escrito al señor secretario general del Instituto de Medicina Social, Ateneo de Madrid, Prado, 21.

**Nuevos Alféreces de Sanidad Militar.**—Terminadas las oposiciones para el ingreso en la Academia de Sanidad Militar, han sido nombrados alféreces alumnos los señores siguientes:

**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



Don Angel Morán García, D. Juan de Dios Jimena Fernández, D. Antonio Remacha Mozota, D. Wenceslao Perdomo Benítez, D. Juan Arias Ramos, D. Joaquín Cervino y de Aguirre, D. Juan Manuel Ortega García, don D. Emilio López Galacho, D. Juan Diego Ortega García, D. Luis Hermida Pérez, D. Manuel Torrecillas Carrión, D. Juan González Álvarez, D. Fernando Serrano Flores, D. Antonio Moncada Jarreño, D. Carlos Puig Quero, don Joaquín Sanz Astolfi, D. Antonio Rebouí Blanco, D. Miguel Cadenas Rubio, D. Eugenio Montero Quiroga, don D. Mario Aranguéz, D. Rafael Pérez Soler, D. Manuel Fernández Andrade, todos paisanos, a excepción del señor Moncada Jarreño, soldado de la primera Comandancia de tropas de Sanidad Militar.

**Oposiciones a médicos de Sanidad de la Armada.**—La *Gaceta* ha publicado recientemente una Real orden del ministerio de Marina disponiendo se convoque a oposiciones públicas entre doctores y licenciados en Medicina y Cirugía para cubrir 50 plazas de médicos segundos del expresado Cuerpo.

Los ejercicios comenzarán en Madrid el 10 de enero de 1921.

**Subvención para un asilo en Bilbao.**—El conde de Aresti ha dirigido un escrito a la Diputación de Vizcaya, en el cual pide una subvención de 35.000 pesetas para construir un pabellón destinado a Asilo de mujeres pobres y otro para matrimonios ancianos que carezcan de hogar.

**Aumentos a los practicantes.**—En la sesión que el Ayuntamiento de Huelva celebró días pasados, después de un gran debate, se acordó conceder un aumento de sueldo de 500 pesetas a los practicantes de la Beneficencia.

**Peticiones de los practicantes de Bilbao.**—Una comisión de practicantes de Medicina de aquella capital se reunió con el alcalde y le expuso las mejoras que desean obtener los individuos del citado gremio que pertenecen a la Beneficencia municipal.

**Servicios sanitarios de la Mancomunidad.**—La Mancomunidad de Cataluña ha enviado a Lérida un delegado médico del servicio de Sanidad, con objeto de efectuar vacunaciones y realizar los trabajos necesarios para impedir la difusión de fiebres tifoideas.

**Termina el veraneo de los niños escrofulosos.**—El alcalde de Pamplona, D. José María Landa, ha salido para Pedrosa, con objeto de acompañar en su regreso a los niños escrofulosos pobres, que han pasado tres meses en el Sanatorio de aquel pueblo.

**Próxima asamblea.**—Durante los días 25, 26 y 27 del mes actual tendrá lugar la asamblea general de reterinarios en Zaragoza.

A dicha asamblea, organizada por la Juventud Veterinaria Progresiva con el fin de constituir la Unión nacional, es de esperar que acuda la mayoría de los veterinarios españoles.

**Un hospital en San Sebastián.**—El día 4 del corriente mes se celebró el acto de colocación de la primera piedra del Hospital que la fundación Goyeneche regala a San Sebastián, cuya construcción se hace con un cuantioso legado que a este fin dejó el señor Goyeneche, hermano del conde de Guaqui.

Al acto asistieron el conde de Guaqui, el gobernador civil, el alcalde y los obispos de Ciudad Real y de Vitoria. Este bendijo la primera piedra.

Don José Elésegui leyó un discurso del conde de Guaqui, en el cual se hace el donativo del Hospital a la ciudad de San Sebastián. Después pronunció otro daudo gracias, y el alcalde también dedicó breves palabras de gratitud a la familia Goyeneche.

**Oposiciones a médicos de Sanidad de la Armada.**—50 plazas convocadas en la *Gaceta* del 30 de septiembre. Ejercicios en enero. Obra única, 50 pesetas; publicada por la «Editorial Campos», Princesa, 14.—Madrid.

**Oposiciones a médicos de Sanidad exterior.**—Para estas oposiciones recientemente convocadas se recomienda la obra antigua del doctor Palvin, médico del Cuerpo por oposición. Unica completa de la que se han agotado dos ediciones. Adoptada al último programa por medio de un Apéndice revisado y corregido personalmente por el autor. Razón editorial: Campos, Princesa, 14.—Madrid.

Farmacéutico desea regentar, dirigirse a don Fernando Gómez Lafuente, dando condiciones. Ariza (Zaragoza).

Al presente número acompaña un prospecto, cuya lectura recomendamos, de los productos farmacéuticos del Laboratorio y Farmacia Americana, de Madrid. (Carrera de San Jerónimo, 1), donde se detallan los diferentes y reducidos precios de todos sus preparados.

**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

Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid,