

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Sobre un mecanismo que impide la coagulación de la sangre dentro de los vasos, por los *Dres. B. A. Houssay y A. Sordelli*.—La patología y la terapéutica de la sífilis a la luz de las investigaciones modernas.—Anatomía Patológica Ocular, por el *Dr. Mandel*.—*Marín Amat*.—Periódicos médicos.—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por *Diego Carlán*.—Lo que debe ser un partido médico, por el *Dr. Martín Hurtado*.—Comité de delegados de médicos de Sociedades.—Sociedades Científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el *doctor Cesaldeo*.—Sociedad oftalmológica de Madrid.—Sección oficial: Ministerio de Marina. Ministerio de Instrucción Pública.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Sobre un mecanismo que impide la coagulación de la sangre dentro de los vasos

POR LOS DOCTORES

B. A. HOUSSAY y A. SORDELLI, de Buenos Aires

El estudio de los cambios físicos de los coloides sanguíneos despierta hoy gran interés, pues está relacionado con fenómenos fundamentales de Fisiología, especialmente con los de nutrición y de inmunidad.

El cambio de estado físico más típico lo constituye la coagulación sanguínea. Sería inoficioso demostrar la importancia que para la Fisiología y la Patología tiene el estudio de la coagulación y de los mecanismos fisiológicos que la impiden en el animal vivo.

De los estudios detallados y sistemáticos que hemos llevado a cabo sobre la acción in vitro e in vivo de los venenos de serpientes sobre la coagulación «Revista del Instituto Bacteriológico del Dep. Nacional de Higiene», 1918, I, 485, 1918, I, 566, 1919, II, 151», ha resultado la comprobación de un nuevo mecanismo importante para asegurar la fluidez de la sangre.

Sabido es que la coagulación sanguínea tiene lugar

en dos etapas: en la primera, se forma trombina por transformación de la serozima (protrombina, trombógeno), debido a la acción de la citozima (trombokinas), en presencia del ion calcio.

Serozima	Calcio	Citozima
		Fibrinógeno
	Trombina	Fibrina.

En la segunda fase, la trombina actúa sobre el fibrinógeno, produciendo fibrina, sin participación necesaria del ion calcio.

Ahora bien, todos los 22 venenos que hemos estudiado destruyen a la citozima como una mezcla de lípidos, y como los venenos son lipoidolíticos, se explica así su acción anticitozímica. Destruída la citozima, el proceso de la coagulación queda interrumpido en su primera fase.

Si los venenos tuvieran sólo esta acción, resultarían ser todos anticoagulantes. Este es el caso de algunos de ellos (Cobra, etc.); pero otros venenos (por ejemplo, los de las Lachesis y Crotalus del país), tienen añadida una acción coagulante propia (como de una trombina grande) que produce la coagulación de la sangre estable (citratada, oxalatada, etc.)

Cuando se inyectan in vivo los venenos coagulantes, se observa, que si la dosis es elevada, impide la coagu-

lación sanguínea. Es posible comprobar que el fibrinógeno disminuye poco y que la causa de la incoagulabilidad es la misma que in vitro, es decir, la destrucción de la citozima. La única diferencia está en que in vivo reaparece la coagulabilidad al cabo de pocas horas.

Este mecanismo había sido descrito por Morawitz para el veneno de cobra, y hemos comprobado que existe con ese y otros venenos.

Cuando se inyectan in vivo, venenos coagulantes se producen efectos muy diferentes, que varían con la dosis la especie del animal, etc. La inyección rápida de dosis fuertes, produce como in vitro la coagulación maciza de la sangre en toda o parte del árbol circulatorio.

Las dosis pequeñas producen aumento de la coagulabilidad durante un tiempo (fase positiva), y luego una disminución que llega a la incoagulabilidad (fase negativa).

La fase positiva no se debe a la formación de la trombina, como se creía, sino a la acción coagulante del veneno. Coagula la sangre durante ese período, aun si se recoge oxalatada (lo que no hace la sangre normal); coagula así mismo si al oxalato se añade suero normal o suero no específico; pero no coagula si se añade suero antiofídico específico.

La fase negativa no se debe a la acción de antitrombina (1) como pasa cuando se inyecta peptona, sino que es la consecuencia de la desaparición del fibrinógeno que ha precipitado durante la fase positiva.

No es correcto, por lo tanto, decir, como se acostumbra, que los venenos coagulantes in vitro son anticoagulantes in vivo. Son coagulantes in vivo; pero precipitan al fibrinógeno poco a poco, y como la fibrina es recogida al mismo tiempo por los órganos, resulta que, en pocos minutos, la sangre queda desfibrinada y, por lo tanto, es incapaz de coagular.

Que el fibrinógeno desaparece porque es precipitado y no digerido, lo hacía prever que las dosis coagulantes in vivo de los venenos no son proteolíticas, así como el hecho de que algunos venenos australianos extremadamente coagulantes son proteolíticos. Hemos visto, además, que durante la fase positiva puede demostrarse que los venenos actúan realmente como coagulantes.

Podemos agregar que los venenos coagulantes producen un aumento de resistencia globular durante la fase positiva y que luego la resistencia disminuye relativamente poco. En cambio, los venenos anticoagulantes no producen ese aumento inicial de resistencia, y, por el contrario, la disminuyen fuerte y rápidamente desde el principio. Estos fenómenos que ha estudiado L. I. Aquino bajo nuestra dirección, los interpretamos, aceptando que los venenos coagulantes producen durante la fase positiva la precipitación de un barniz de fibrina alrededor de los eritrocitos.

Estos fenómenos nos revelan, pues, un mecanismo extremadamente activo para impedir la coagulación en el caso de que obre en la sangre circulante un agente

(1) Pocas veces aparece.

coagulante activo. A medida que la fibrina va siendo floculada, ella se deposita sobre glóbulos y endotelio vascular. Esta desfibrinación es rápida y algunas veces puede producirse en cinco o diez minutos.

Parece que el hígado e intestino tienen la propiedad de recoger la mayor parte de la fibrina. Si se extirpan estos órganos, un perro puede vivir unas dos horas o más. Si se le inyecta veneno, se observa que se produce la coagulación maciza, aun con dosis ínfimas. Si se disminuye mucho la dosis puede evitarse la coagulación visible, y se observa que en cuarenta y cinco minutos o una hora, la sangre no coagula más y apenas tiene vestigios de fibrinógeno. De modo que, si el hígado e intestino son los principales órganos recolectores de fibrina, sin embargo, otros tejidos pueden fijarla también.

La fibrina precipitada se disuelve luego.

Este mecanismo de desfibrinación, que es una salvaguardia contra los agentes coagulantes en circulación, no era conocido. No creemos que sea sólo de incidencia, y reputamos que es muy posible que obre constantemente o por lo menos con frecuencia.

La patología y la terapéutica de la sífilis a la luz de las investigaciones modernas

—o—

DE UNA CONFERENCIA HECHA EN EL COLEGIO DE MEDICOS DE VIENA POR EL PROFESOR E. FINGER (WIENES KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 29 ABRIL 1920.

En casi ninguna otra rama de la medicina práctica, el último decenio ha determinado los cambios que en la de la sífilis. Los descubrimientos que con tanta celeridad se han seguido sobre la inoculabilidad de la sífilis en los animales; el conocimiento del causante de la sífilis; la reacción de Wassermann; el tratamiento por el salvarsan, han producido espléndidos frutos tanto para la teoría como para la práctica. En lo que se refiere a la «Patología de la sífilis», las investigaciones han demostrado que el espirocheto de la sífilis no es un parásito de la sangre sino de los tejidos, que busca en primer lugar el tejido conjuntivo, que encuentra en los espacios linfáticos y conjuntivos los mejores elementos para su vida y puede considerarse como un parásito del mesodermo.

Ya en su primitiva localización, en la úlcera inicial, tiene lugar la proliferación de los espirochetos en el tejido conjuntivo y en los espacios conjuntivos desde los cuales pasa a los vasos linfáticos, a los ganglios linfáticos y por último a la sangre. Pero la sangre sólo sirve al espirocheto de la sífilis como medio de transporte para llegar a los diferentes órganos, a todo el cuerpo, estableciendo en aquellos, nuevos focos de proliferación, originando

con ello la enfermedad de dichos órganos. Hacia el final de la sexta semana después de la infección, lleva ya la sangre un virus abundante que sin duda alcanza a todos los órganos. ¿De qué depende que las primeras manifestaciones de la enfermedad casi de manera regular se presentan en la piel y en las mucosas y sólo en una minoría de los casos también se acompañan de síntomas en otros órganos, como el periostio y el iris, y en cambio otros órganos sólo enferman después o permanecen sin manifestaciones?

Para que un órgano enferme de sífilis son necesarias dos condiciones previas. El espirocheto debe poder abandonar el sistema vascular dentro del órgano y debe fijarse en el tejido perivascular, es decir, debe encontrar condiciones favorables para su establecimiento y reproducción. En cuanto a la primera condición se refiere, es para un órgano completamente indiferente el que lo atraviesen con la sangre y durante largo tiempo numerosos espirochetos en tanto que éstos permanezcan dentro del sistema vascular. El espirocheto sólo podrá abandonar la vía sanguínea cuando una detención de la corriente de la sangre en uno o en varios sitios le consienta fijarse en la pared vascular y atravesarla. La primera condición es, por lo tanto, una alteración circulatoria, aunque sea breve. Una vez que el espirocheto ha llegado al tejido conjuntivo perivascular, debe encontrar, según hemos dicho, condiciones favorables para su evolución, pues aunque sea un parásito del mesodermo, se comporta de modo diferente, en los diferentes órganos, y aun en los distintos lugares de estos órganos. Que eso es así lo demuestra la inoculación en los animales. La inoculación sólo prende en los monos inferiores cuando ponemos el virus en el cuerpo papilar de la piel de los párpados y de los genitales y no en ningún otro lugar de la piel. En los conejos sólo prende la inoculación cuando se injerta en el tejido protector de los testículos.

Cuando el espirocheto logra dejar la circulación y alcanzar al tejido conjuntivo, se presentan ante su porvenir tres posibilidades. Primera, que las condiciones de vida local sean favorables; entonces se multiplican los espirochetos en el tejido conjuntivo perivascular y se presenta, como manifestación defensiva de éste, el sífiloma: el órgano es atravesado por uno, varios o muchos focos.

Cuando las condiciones de vida para el espirocheto no son favorables, no le permiten ninguna proliferación, toma al principio una vida latente, ya como espirocheto o como forma de resistencia—de esto nada sabemos en la actualidad—; pero que esta eventualidad es posible, lo demuestran numerosas investigaciones. Así en la sífilis congénita, en muchos órganos o partes de órganos, en el hígado, en el riñón, etc., etc., se ven numerosos espirochetos, sin que pueda observarse alteración patológica en los cortes histológicos de esta parte. En la infección

de monos inferiores con la sífilis, se logra con pulpa de órganos; de bazo, de testículo, de medula ósea, proporcionada por estos monos, infectar otros monos inferiores con sífilis, aunque estos órganos infectantes, ni manoscópica, ni microscópicamente, ofrecen alteraciones patológicas. A pesar de que las investigaciones adecuadas de estos órganos no han permitido descubrir el espirocheto de la sífilis, hay la sospecha de que el virus sífilítico se encuentra en una forma de resistencia desconocida hasta el día.

Pero los espirochetos de la sífilis pueden, desde el aparato circulatorio, alcanzar el tejido celular perivascular y aquí morir por falta de condiciones vitales favorables. ¿Qué ocurre con los cuerpos de los espirochetos muertos? ¿Son simplemente disueltos de un modo químico por los jugos de los tejidos, y así desaparecen, u ocurre su desaparición de modo análogo a como acaece en la tuberculosis o en la tricofitia, originándose una infiltración? Si así ocurriera, se aclararían las manifestaciones transitorias de curso espontáneo de que hablabamos, en los últimos tiempos, sobre todo los neurólogos. Se comprende que tal infiltrado no progresivo capaz de curar espontáneamente cuando asienta en una pequeña arteria terminal de un órgano central puede, por alteraciones nutritivas, determinar un efecto permanente, como una dilatación de la pupila, una sordera, etc.

Que en la mayoría de los casos el tejido conjuntivo de la piel y de las mucosas ofrece un terreno favorable para el espirocheto de la sífilis, es un hecho conocido desde hace tiempo. En la época reciente se ha determinado por el examen del líquido cefalorraquídeo, que después de la piel, las meninges son las que sufren con mayor frecuencia la invasión de los espirochetos, a lo cual se deben—no como antes se suponía por intoxicación—las distintas manifestaciones nerviosas del principio de la piel, que pueden pasar ignoradas clínicamente. Las meninges no son un terreno tan favorable como el tejido de sostén de la piel, lo cual se demuestra por el hecho que esta irritación meníngea desaparece en la mayoría de los casos y se causa la muerte de los espirochetos aunque en una minoría de los enfermos permanecen los espirochetos latentes esperando una ocasión favorable que les permita establecer nuevos focos.

Aunque el espirocheto es, en primer lugar un parásito del mesodermo, no desdena hacer excursiones en otros tejidos procedentes de otras hojas del blastodermo. Así lo vemos en la red de Malpigio, en las glándulas sebáceas, y en los folículos pilosos, lo encontramos abundantísimo en el parenquima del hígado y del riñón en la sífilis congénita, lo hallamos en la córnea y en la substancia gris, en la tabes y en la parálisis. Es característico que estos tejidos están desarmados contra la invasión de los espirochetos y se dejan conquistar sin ofrecer reacción, pues para la defensa sólo está preparado el tejido mesodérmico que en estos casos es el que debe se-

guir al espirocheto invasor. Esto donde se ve mejor es en la córnea, pues allí se combate la proliferación de los espirochetos, creciendo en su substancia para combatir con el virus desde el limbo el tejido de defensa; los vasos sanguíneos y el tejido conjuntivo y lo mismo vemos cuando en la parálisis penetran los espirochetos desde las meninges en la substancia gris, de cuyas células ganglionares toman posesión, alterando primero su función y causando después su muerte.

Debemos a la sero-reacción un nuevo progreso esencial para el diagnóstico de la sífilis. Es cierto que no se han cumplido muchas esperanzas que en ella habíamos fundado. Desde hace mucho tiempo, la pregunta; ¿cómo y cuándo podríamos considerar curado un sífilítico, cuando nos presentaba las mayores dificultades? La pregunta. ¿Cuándo ha pasado el estudio secundario, y esclarecer si el enfermo puede esperar todavía manifestaciones secundarias o no? Se contestaba de ordinario en los casos en que la sífilis transcurría de una manera típica, según la edad de la sífilis y su curso y se aceptaba que cuando la sífilis tiene ya cuatro años y en los dos últimos años no se han presentado manifestaciones secundarias, ya no son de esperar. Esto sólo es valedero para los casos tratados. Para los casos no tratados, así como en determinadas circunstancias por la irritación local, como en la mucosa bucal de los fumadores y en los genitales en las prostitutas, ocho y diez años después de la infección y aun más tarde, no son, ni mucho menos, cosa rara, la presencia de papulas.

En lo referente a la aparición de los accidentes terciarios, pueden presentarse treinta y cuarenta años después de la infección; la edad de la sífilis no nos ofrece ningún dato pronóstico de valor. Esto sólo lo esperábamos de la reacción de Wassermann, aunque desgraciadamente en vano. La reacción de Wassermann es el primer signo de que el virus se ha generalizado y que se ha entrado en el estadio secundario. Durante las primeras tres o cuatro semanas de existencia de la esclerosis inicial es negativa y sólo hacia la séptima semana después de la infección es al principio débil y luego de una manera completamente positiva permaneciendo como tal durante el primer exantema. Si desaparece el primer exantema con tratamiento, se hace, la mayor parte de las veces, negativa, permanece positiva en las sífilis no tratadas, a pesar de la desaparición del exantema, pero aun en las sífilis no tratadas algunas veces se hace negativa de una manera espontánea. Las recidivas del estadio secundario, suelen ir precedidas o acompañadas en la mayoría de los casos, de una reacción Wassermann positiva que al curar la recidiva se hace negativa. En el tercero y cuarto año después de la infección y en los largos intervalos de latencia que en unos casos suponen la curación y en otros la latencia, entre el estadio secundario y el terciario se dividen los sífilíticos en dos grupos: en el uno la serorreacción permanece

positiva y sólo un tratamiento enérgico puede hacerla negativa aunque no de un modo permanente, y en el segundo grupo el dato sanguíneo negativo es permanente. La suposición de que el primer grupo sea el de enfermos no curados y en quienes se puede temer la aparición de los accidentes terciarios y el segundo grupo sea el de los sífilíticos curados, no está del todo justificado.

Sin duda, la serorreacción del primer grupo no debe considerarse con indiferencia, porque supone un peligro positivo para el enfermo. Pero que esto no siempre ocurre lo demuestran aquellos enfermos que con una sífilis de veinte años, es decir, cuando ya han pasado en cierto modo los años críticos para el enfermo, es decir, los años de los gomas, de la tabes, de la parálisis, ofrecen de una manera permanente una reacción positiva, sin que por la exploración más minuciosa se pueda encontrar en ningún sitio una manifestación de enfermedad. Del otro lado vemos individuos con una reacción negativa permanente durante largos años, enfermos de manifestaciones gomosas en la piel o en las mucosas, o de tabes o de parálisis, sin que tenga siempre que cambiarse la reacción, hasta entonces negativa, en positiva. Por lo tanto, la reacción de Wassermann no es infalible en general para el pronóstico de la sífilis y para resolver la cuestión si hay curación o latencia. Tampoco lo es para hacer el diagnóstico de algunas manifestaciones que se sospecha sífilíticas. Así, lo volvemos a repetir, no es de importancia ninguna la reacción de Wassermann para nuestras intervenciones terapéuticas cuando se ha de hacer el diagnóstico de una úlcera, que se sospecha inicial de la sífilis, porque todas las úlceras iniciales sífilíticas van acompañadas de reacción negativa hasta que transcurre la séptima semana.

(Se concluirá.)

Anatomía Patológica Ocular⁽¹⁾

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

(Varias preparaciones de heridas y roturas)
De la esclerótica.

8.^a Una preparación de *actinomicosis endocular* muy bonita. Es un ojo que ha sido operado de cata-

(1) Véase el número anterior.

rata con iridectomia y que vió en consulta y tuvo que enuclear. En el corte se ve la córnea y cicatriz normal, así como el trozo de iris que ha quedado como consecuencia de la iridectomia; pero en la parte inferior del vitreo, detrás del iris, se observa una gruesa tumoración redondeada que invade las capas profundas de la esclerótica y la coroides, despegando la retina. Esta tumoración está formada por una infiltración de células de pus y *epiteloides*, pero sin haber células gigantes. En la parte superior del vitreo, existía otro pequeño tumorcito de la misma naturaleza. Hizo siembras e inoculaciones que resultaron positivas, tratándose de *actinomicosis*. Las células epiteloides existen en los procesos inflamatorios crónicos. La infiltración que partía de estos focos, daba casi toda la vuelta a la esclerótica por su cara interna. Dice Fuchs que los *actinomicos* debieron llegar al ojo o con los instrumentos, o posteriormente por introducción de humor acuoso, mientras la herida estaba abierta, y que una vez en la cámara anterior se depositaron por la acción de la gravedad detrás del iris y hacia abajo (posición tendida del sujeto).

9.^a Las heridas de la esclerótica, dice, son *directas* e *indirectas*, siendo estas últimas las más frecuentes, y se encuentran lejos del sitio de aplicación del agente contundente; formándose por explosión del continente al no poder soportar la presión endocular. Existen las heridas o roturas indirectas de la esclerótica en la parte anterior de la misma, y hay una razón anatómica para ello, y es que, en este sitio, debido a la existencia del canal de Schlemm y al paso de los vasos ciliares anteriores, la esclerótica es menos resistente. Estas roturas tienen la forma de arco y asientan en el sitio correspondiente a la unión de la córnea y esclerótica, conservando la córnea el trozo de esclerótica que le cubre en bisel por la parte anterior. El mecanismo es el siguiente: al aumentar la presión, la esclerótica cede y comienzan a romperse sus capas profundas y después las superficiales no rompiéndose de ordinario la conjuntiva por ser más distensible. En esta preparación no hay ni iris ni cuerpo ciliar, que se han arrancado y salido del ojo, siendo por ello dispuesto para la atrofia.

10. Otra preparación de *rotura de la esclerótica* en el limbo, con hernia del iris de la mitad superior, con el cristalino subluxado en la cámara anterior y medio opacificado y con restos de sinequias rotas pigmentadas procedentes del epitelio posterior del iris.

11. *Rotura de la esclerótica*, con luxación subconjuntival del cristalino opaco. Los bordes de la herida están separados y ocupados por todo el iris y cuerpo ciliar arrancado e interpuesto entre los labios de la herida; hay hemorragia intraocular. El iris y cuerpo ciliar se ven entre los bordes de la herida con sus caracteres típicos.

Todos estos ojos deben enuclearse, por que no deben conservarse, puesto que se han de atrofiar, aparte de ser un peligro de oftalmia simpática.

12. Una preparación en la que la herida de la esclerótica fué solamente en sus capas internas, conservándose intactas las externas, sin que aparentemente se presentase nada anormal; pero después de algún tiempo se presentó un estafiloma, que creció por adelgazamiento de la esclerótica y cuerpo ciliar (estafiloma intercalar), que motivó un glaucoma secundario y la enucleación. En la preparación se ve la raíz del iris, adosada y haciendo cuerpo con la esclerótica, si bien reducido a su capa pigmentaria.

13. Otra preparación con mitad superior del iris arrancado y parte del cuerpo ciliar, que están enclavados en la herida. La parte inferior del iris está en su lugar habitual. Hay hemorragia del vitreo.

14. Herida del globo ocular y cuerpo extraño intraocular (un perdigón).

Un perdigón que se ha introducido en el ojo por la porción inferior y anterior de la esclerótica, que ha llegado a la cara interna de la misma en la parte superior, allí ha rebotado y ha descendido hasta ocupar las cercanías de la parte inferior del vitreo. La preparación demuestra magistralmente las lesiones, el trayecto seguido y el sitio ocupado por el perdigón. En el sitio de entrada se ve la cicatrización de la esclerótica; en el trayecto, hasta la parte superior, se ven tractus cicatriciales e infiltración, o mejor restos; en el sitio que rebotó están adosadas, por una zona post-inflamatoria, la esclerótica, coroides y retina, y desde este sitio arrancan bridas cicatriciales que se dirigen al cuerpo extraño y que han arrasado consigo la retina y coroides que se encuentran desprendidas, excepto en el sitio donde traumatizó el perdigón.

Anatomía normal del iris.

Tres magníficas preparaciones dignas de conservación perpétua.¹

15. Corte de un ojo y del iris (es decir meridional). En el corte se ve que el iris es más grueso por el borde pupilar que por la periferia. En el esfínter es mucho más grueso y el epitelio posterior avanza en un corto trayecto sobre la cara anterior. En la periferia es muy delgado, apenas si está reducido al epitelio y al pigmento. La cara anterior está tapizada de un endotelio que se ve muy bien en las preparaciones. Este epitelio anterior falta en muchos sitios en apariencia; es decir, pierde la continuidad y es que se ranversa hacia las capas profundas del iris; son las entradas de la *criptas del iris* (1). Estas

(1) Así llamadas por Fuchs, quien las ha descrito y estudiado.

criptas asientan en la cara anterior y de predominio cerca del esfínter y de la periferia y se ven en los cortes que son algunas profundísimas, que casi ocupan toda la altura del iris. Están llenas de humor acuoso,

Las próximas al esfínter son visibles a simple vista y cuando más con la lente binocular estereoscópica, pero las de la periferia no se ven por ocultarlas el limbo, es decir, la parte de esclerótica que avanza sobre la cornea,

En la cara anterior del iris se observan unos pliegues y unos surcos de dirección paralela a la *gran* y pequeña circunferencia del mismo; pero más cerca de la *primera*, surcos y pliegues que Fuchs llama de *contracción*.

En la cara posterior del iris se observan también, cerca de la periferia, otros pliegues circulares, *pliegues de la contracción*, lo mismo que los situados en la cara anterior,

El espesor del iris, dice Fuchs, es casi el mismo estando la pupila contraída que dilatada, y es debido a que cuando la pupila está contraída, las criptas (algunas profundísimas) del iris, están llenas de humor acuoso, mientras que cuando la pupila está dilatada las criptas del iris están vacías de humor acuoso por haberse expulsado durante la dilatación.

Es notable observar lo que sucede con el epitelio posterior (pigmentado) del iris, cuando la pupila está contraída, o cuando está dilatada. Para ello nos muestra Fuchs la diferencia que existe entre esta preparación con pupila normal o contraída, en la que el epitelio pigmentario avanza en alguna porción en la cara anterior del iris; mientras que cuando la pupila está dilatada el epitelio no llega siquiera al borde pupilar, sino que se queda más atrás, debido a la contracción del músculo dilatador, que se llama membrana de Bruchs y nos muestra la preparación correspondiente con la pupila contraída.

16. Una preparación con la pupila dilatada en la que se ve el borde pupilar tocar casi perpendicularmente sobre la cristaloides anterior.

17. Una preparación con una profundísima cripta del iris, que va desde cerca del esfínter (todas se abren en la cara anterior) hasta cerca de la periferia.

7.^a conferencia.—Día 26 de enero de 1920.

1.^a *Estructura del iris*, preparación decolorado el pigmento posterior por el agua oxigenada. Dice que normalmente el pigmento del iris oculta toda textura anatómica, por lo que hay necesidad de decolorarlo antes para obtener el efecto que se desea. Así vemos muy bien esta preparación con las células cromatóforas unidas por sus prolongaciones, el epitelio posterior depigmentado y formado de dos capas de células unidas, adosadas entre sí, sin que exista ninguna separación normal, ningún intersticio entre ellas; pero que en estado patológico (y después nos enseña una preparación) pueden separarse,

dando lugar a una cavidad real como la primera que formaban en la vesícula ocular primitiva de la que representa la capa anterior la hoja externa y la posterior la interna. Esta separación, siguiendo las huellas embrionarias, tiene lugar en el desprendimiento de la retina. En esta se desprende la hoja interna de la externa. Se ve muy bien en esta preparación el músculo radiado del iris, en el cual entran y se enclavan las células profundas del epitelio posterior, este músculo es una dependencia del ectodermo como el epitelio posterior del iris; es decir, dependencia de la retina, y lo mismo ocurre con el músculo esfínter, que también es de origen ectodérmico.

2.^a Una preparación con un corte frontal del ojo al nivel del borde pupilar, Se ve el músculo esfínter, los vasos en dirección radiada y el epitelio posterior que hace eversión hacia la cámara anterior. La raíz y parte media del iris no se ven, por que el corte no lo ha cogido: su posición es más posterior.

3.^a Preparación de un corte *frontal* del ojo para ver la estructura de los *procesos ciliares*. Se ven afectando la disposición en corona con algunos más pequeños intercalados, que se llaman procesos ciliares secundarios y la disposición vascular.

4.^a Preparación de *Iritis* consecutiva a una úlcera de la córnea. Se ve un *noevi* en el espesor del iris, que no es otra cosa que una mancha pigmentada aislada. El *noevi*, en el espesor del iris, no es otra cosa que una porción del epitelio posterior del iris, que se ha aislado y separado, quedando aprisionado en el tejido propio del iris. La úlcera de la córnea está infiltrada, hay *hipopion* (siempre que el humor acuoso se coagula es síntoma patológico, el normal no coagula). El *hipopion* sin perforación es debido a la difusión de toxinas del foco corneal a la cámara anterior a través de la membrana de Descemet y epitelio posterior. El iris está infiltrado de células de pus.

5.^a *Degeneración hialina* del esfínter del iris, a la que se debe la rigidez del iris en la operación de la catarata y que llega a impedir la salida del cristalino. Esta degeneración se observa en los sujetos muy viejos. En la preparación se ven las masas hialinas.

6.^a Una preparación con el iris adherido a la córnea y la infiltración se ha propagado a los procesos ciliares, que están cubiertos de pus, El epitelio posterior del iris y procesos ciliares han desaparecido.

7.^a Una preparación de una *panoftalmia incipiente*. El pus ha llenado la cámara anterior y posterior totalmente, y desde ésta, y contorneando la cara posterior del cristalino, sigue por la fosa patelar y la retina, ocupando las capas más excéntricas del vitreo. En la coroides la inflamación es más limitada, en focos y alrededor de algunas venas (*periflebitis*). Siguiendo la retina llega a la papila, donde se ve la infiltración consecutiva. Es curioso ver como se disponen los glóbulos de pus inmediatamente de la fosa patelar alineados en formas de

capas perfectamente visibles y siguiendo los intersticios que han producido entre las finas laminillas periféricas del cuerpo vitreo. En la retina se ven hemorragias.

Dice Fuchs que, en atención a que la afección interesa todas membranas internas del ojo, debe llamársele *oftalmia supurada* cuando el pus tiende o se abre espontáneamente al exterior; pero cuando queda el pus enquistado, debe llamársele *irido-coroiditis supurada*, cuya terminación es la *tisis del ojo*, magnífica manera de terminar el proceso; que no va acompañada de dolores, de síntomas inflamatorios, ni irritativos, ni de oftalmia simpática, que no hay que enuclear, sino que, por el contrario, estos ojos pequeños pueden servir de soporte a piezas protésicas. En cambio, llamada *atrofia del ojo* a los muñones oculares que resultan consecutivamente a procesos inflamatorios graves e intensos de la región ciliar especialmente, y que son siempre motivos de dolor, de irritaciones y hasta de oftalmia simpática a la larga.

8.^a Una preparación con *focos de iritis*, acompañado de un desprendimiento de la retina, que a su vez ha arrastrado la coroides. La neoformación conjuntiva-cicatricial de detrás del cristalino ha tirado de la retina, la que se ha roto y despegado de ella misma, quedando en su sitio el epitelio pigmentario y más posteriormente la coroides está desprendida también. En el sitio donde la retina está arrancada hay tejido neoformado.

9.^a Una preparación mostrando una *perforación de la córnea*, arrancamiento del iris y catarata traumática con *hemorragia considerable en el humor vitreo* y cámara anterior.

La sangre derramada en el vitreo, nos dijo, tarda mucho tiempo en reabsorberse, un mes, dos, seis, un año y la reabsorción se verifica por fagocitosis. Los experimentos así se lo han enseñado. Dice que hay dos clases de fatocitos: las pequeños o *microcitos* (leucocitos) encargados de engullir las toxinas y microbios y los grandes o *macrocitos* (células conjuntivas, epiteloides, etc.), encargados de destruir y digerir los cuerpos extraños mayores, entre ellos la sangre extravasada. *El iris, añade, es el factor principal de la reabsorción de la sangre derramada en el ojo*. Se ven en la preparación una cantidad considerable de macrocitos.

10. Preparación de *iritis-serosa* traumática, con precipitados en la membrana de Descemet, que afectan forma de sistema de colinas redondeadas.

11. Otra preparación de *iritis-serosa* más intensa, con precipitaciones en la cara posterior de la córnea, con exudados ciclíticos (pequeño hipopion) en la cámara anterior. Hay, además, ligera participación del polo posterior del ojo en el proceso: papilitis, con lesiones de periflebitis. En los casos de úlceras de la córnea, aunque estén curadas de varias semanas, las venas retinianas están dilatadas, debido a la infiltración linfocitaria que sigue las vainas linfáticas vasculares.

En esta preparación se ven nódulos aislados, flotando en el humor acuoso, del exudado ciclítico. Dos opiniones se han dado para explicarlo: una, la más verosímil, que las células epiteliales desprendidas forman centro de atracción al que van a pegarse los linfocitos (éstos se aglutinan unos a otros, al contrario de los leucocitos, glóbulos de pus, que tienden a separarse) conforme van llegando, hasta que se ponen en contacto de la Descemet y se adhieren a ella.

12. Preparación de un iris, cuyo epitelio posterior se ha dividido en dos capas, al igual que la retina cuando se desprende, dejando entre ambas una cavidad (como la que formaba este epitelio al comienzo de la vida embrionaria). En esta preparación se ve que muchas células de la capa posterior del epitelio del iris se han desprendido, y, formando como un nódulo, se han adherido a la cara posterior de la córnea, donde se observa en vida, cuando esto ocurre, una o más manchitas en la cara posterior de la córnea, que no desaparecen jamás. Las células pigmentadas se disgregan y desaparecen; pero el pigmento no desaparece nunca de este sitio.

8.^a Conferencia del día 28 enero 1920 (siete tarde).

1.^a Una magnífica preparación de seclusión pupilar (ojo en conjunto como que representa Axenfeld, pero con más detalles). El epitelio posterior del iris está ranversado hacia atrás, el borde pupilar está adherido en toda su circunferencia a la cristaloides y el iris, abombado en tomate por el humor acuoso que llena la cámara posterior en su parte media y adherido a la córnea, con desaparición del ángulo de filtración en la porción periférica. Toda la cara anterior del iris y la cristaloides anterior, están revestidas de una falsa membrana, catarata falsa, consecuencia de la organización de los exudados, que presentan algunos vasos sanguíneos. Hay hipertonia.

2.^a Preparación igual, pero en grado más avanzado que la anterior, en la que se ve el ojo degenerado a consecuencia del glaucoma secundario, excavación papilar, ectasias, etc., etc.

El tratamiento que sigue Fuchs en estos casos es la transfixión del iris, a la vez que la córnea, del modo que aparece en la preparación. La tensión disminuye de este modo, aunque provisionalmente, porque está borrado el ángulo de filtración. Con respecto a las *heridas del iris* nos dice que las que van acompañadas de exudados (inflamación) se cierran y desaparecen, pero las asépticas *no se cierran nunca*, por estar continuamente bañadas por el humor acuoso; tampoco cicatrizan los muñones resultantes de la iridectomía.

3.^a Preparación en la que se ve la *capa epitelial posterior del iris, dividida en dos láminas*, cada una formada por una capa de células, separación que se hace como en el desprendimiento de la retina, si-

guiendo las dos capas envaginadas de ectodermo que constituyen la vesícula ocular secundaria.

4.^a *Preparación de sinequia posterior total*, con neomembrana formada entre el iris, cuerpo ciliar de una parte y cristaloides de otra.

5.^a *Preparación de la membrana de nueva formación sobre el iris* en un caso de infiltración tuberculosa del cuerpo ciliar. Esta membrana, resultado de los exudados de la cara anterior del iris y asentado sobre la misma, tira del epitelio pigmentario hacia afuera y se ve que llega a buena altura, e igualmente tira en el mismo sentido del músculo esfínter (a los primeros se les llama ectropión del epitelio, caso parecido al que se presenta en el glaucoma avanzado). En el cuerpo ciliar, entre los linfocitos, se ven gran número de células gigantes.

6.^a *Herida de la córnea en su centro*, con enclavamiento del iris y hemorragia del vítreo. Infiltración del iris, cuerpo ciliar y vítreo, de corpúsculos de pus.

7.^a *Rotura de la córnea* con formación de una membrana que va de la cara posterior de la córnea al cristalino.

8.^a *Cuerpo extraño intraocular*, situado en el vítreo, detrás del cristalino. En esa preparación se ve un absceso del cristalino en el sitio que hirió el cuerpo extraño al pasar, con la particularidad que *el cristalino está deprimido* por la pequeña colección de pus, lo que indica que el tejido de la lente ocular es lo bastante blando y maleable para dejarse deformar por una colección de glóbulos de pus. El pus destruye poco a poco el cristalino. El cuerpo extraño está rodeado de exudados que después se han de organizar y enquistarlo. Otra particularidad de este caso es la presencia de *algunos vasos de nueva formación* que arrancan de la retina y se introducen en el vítreo en dirección perpendicular y rodeados de infiltración leucocitaria en su vaina linfática, es decir, de una perivasculitis, condición ésta indispensable para que el fenómeno se verifique.

9.^a *Preparación de un ojo diabético*, que fué operado de catarata, y a poco murió el enfermo de coma diabético. El *humor acuoso* presentaba en este caso un *color negro* por tener en suspensión granos de pigmentos procedentes de la desintegración de gran parte del epitelio pigmentario de la cara posterior del iris: La alteración química del humor acuoso, hace que las células pigmentarias del epitelio posterior se hinchen, se vacuolice (se ven muy bien en la preparación) y se desintegren cayendo en el humor acuoso sus restos pigmentarios. Esta alteración no pasa del epitelio del iris. El de los procesos ciliares está intacto, con la particularidad de verse en la preparación *el tránsito tan brusco*, de repente, que hace el epitelio posterior al pasar del iris a los procesos ciliares, y es, que de pronto, repentinamente, deja de ser pigmentada la capa posterior del iris al llegar al cuerpo ciliar.

10. *Preparación de Ophthalmia simpática*. — El iris

está infiltrado, y lo mismo la coroides, de una manera uniforme; pero, además, sobre ésta se ven *focos aislados, focos de Dalen*, denunciados en vida, cuando el examen oftalmoscópico puede hacerse, por unas manchas blancas sobre el fondo del ojo y que están formadas por *montones de células epitelioides* rodeadas de linfocitos. La particularidad más notable de la oftalmia simpática, es la de presentarse la infiltración del iris, no sólo *delante del epitelio pigmentario*, como en las iritis ordinarias, *sino también detrás de éste*, el cual epitelio queda fraccionado, roto y englobado en el exudado. En el cuerpo ciliar hay masas grandísimas de infiltración, en las que se observan células gigantes, como en la tuberculosis. Sin embargo, y como cosa anómala (*sólo se presentó en la tuberculosis*) se ven dos puntos de calcificación en la infiltración del vítreo; diferencia esta última entre la oftalmia simpática y la tuberculosis; así como también el que en esta última las células epitelioides está más juntas, más unidas (tubérculo).

11. Preparación de iritis sifilítica crónica con seclusión pupilar.

12. Preparación de iritis con un condiloma. A esta iritis debe llamársele, dice Fuchs, *condilomatosa o de condilomas*, mejor que gomosa.

(Se continuará)

Periódicos médicos

PEDIATRÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. *El régimen seco en el niño de pecho, por el Dr. G. Schreiber*. — La leche, alimento normal del niño durante los primeros meses, debe ser momentáneamente suspendida, reducida o modificada cuando se digiere mal. De este modo se ha establecido, según los casos, la dieta hídrica absoluta o relativa (agua de arroz, caldo de legumbres), la leche muy cortada, descremada, etc. A veces fracasan estos medicamentos, que corrientemente dan buenos resultados; entonces hay que recurrir al régimen seco en vez del régimen líquido; el régimen seco reduce notablemente la cantidad de líquido, ya sea leche o agua, y proporciona al mismo tiempo alimentos espesos en forma de pastas, constituyendo esta consistencia particular, la característica principal del régimen, jugando desde el punto de vista terapéutico un papel mecánico más importante que su composición química. Algunos autores recomiendan el régimen seco cuando fracasan la dieta hídrica y el caldo de legumbres; pero la principal indicación de aquél, la constituyen los vómitos y sobre todo los vómitos incoercibles repetidos. Las diversas modalidades del régimen seco, son: 1.^o *La pasta de «petit-Suisse»*, que es tres veces más nutritiva que la leche; el «petit-Suisse» es un queso especial y para preparar la pasta se mezcla con una crema muy rica

en manteca. El autor da diversas fórmulas para su preparación; hay que añadir azúcar, y se administra al niño cada tres horas, a razón de siete comidas en las veinticuatro; desde el tercero o cuarto día, se reemplaza progresivamente el régimen seco por una cantidad de leche proporcionada al peso del niño.

2.º *Las papillas espesas*; estas papillas se hacen con agua o caldo de legumbres y tan espesas como el niño pueda soportarlas; se puede formular, por ejemplo, caldo de legumbres, 100 gramos; crema de arroz, Q. S. para una papilla espesa; cocer durante un cuarto de hora y añadir media cucharada de café, de azúcar y una pequeña cantidad de sal. El primer día se dan cuatro papillas y los siguientes, cinco o seis. Esta modalidad del régimen seco es eficaz cuando existe dispepsia gástrica con vómitos incoercibles; pero en las demás formas de trastornos gastro-intestinales agudos, es preferible el empleo de las *papillas maltosadas*, que son líquidas por el extracto de malta, y están, además, semi-digeridas por él; las papillas espesas están indicadas por tanto, en los casos de trastorno mecánico y las maltosadas en los de trastornos químicos. 3.º *Pasta de leche seca*; una de las ventajas de ésta es la posibilidad de hacer variar la materia grasa, y otra ventaja de la leche seca, como alimento-remedio, es la posibilidad de reducir al grado deseado por el médico la proporción de agua destinada a completarla. 4.º *Pasta de leche condensada*; se presta a las mismas manipulaciones que la leche seca; reduciendo la cantidad de agua hervida destinada a diluirla, se obtiene una pasta más o menos espesa, que se conserva mejor por el estómago que la leche líquida. Uno de los inconvenientes del régimen seco es el acarrear rápidamente la deshidratación del organismo, debiendo reservarse para los niños con vómitos inveterados, y durando sólo el régimen cuatro o cinco días; para asegurar la hidratación conviene administrar lavados de agua hervida o salada al cinco por mil o inyecciones subcutáneas de suero salado o glucosado. (*Le Medecin Francais*, núm. 15, 1.º agosto 1920).—*E. Luengo*.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Diagnóstico diferencial de la esporotricosis, por Umber.**—El autor presenta en la Academia Médica de Berlín una enferma, en observación desde hace siete años, en la cual se sospechó la existencia de esporotricosis, enfermedad muy rara en Alemania. Al principio, la enferma tenía fiebre continua, que llegaba a ser hasta de 40º; a los once meses desapareció la fiebre. A las ocho semanas de estar en observación se presentaron pequeños nódulos en diferentes partes del cuerpo, y algunos meses más tarde se comprobó por la radiología que existían también en los pulmones. Empezaron más tarde a fun-

dirse los nódulos, y sospechando que se tratara de la esporotricosis, se practicaron investigaciones en este sentido, que resultaron negativas. Mas tarde en el pus de un absceso, se encontraron bacilos tuberculosos. En vista de esto, las alteraciones pulmonares se interpretaron como tuberculosis miliar. Tres años más tarde estas alteraciones habían desaparecido por completo. Entre tanto se había producido una espondilitis tuberculosa, que originó joroba. No existía ningún otro síntoma. Los nódulos cutáneos habían desaparecido, dejando en su lugar manchas blancas.

Rosenthal manifiesta que la esporotricosis puede confundirse, no sólo con las afecciones sifilíticas y tuberculosas de la piel, sino también con el muermo y lamparones. — *Deutsche Med. Woch.*, núm. 23 de 1920).—*L. P.*

2. **La hipertonía pneumogástrica en el asma; importancia patogénica y terapéutica, por C. Lian y J. Cathala.**—Antes de la aparición de las nuevas nociones sobre las relaciones del asma con la anafilaxia y la hemoclasia, se atribuía el asma a una neurosis del pneumogástrico; actualmente el reflejo óculo-cardíaco permite explorar el tono de este nervio; los autores, basados en los datos obtenidos con la exploración de este reflejo en un cierto número de casos de disnea nocturna asmática, en bronquíticos enfisematosos, concluye que la exageración del reflejo óculo-cardíaco, es un atributo muy frecuente de las disneas asmáticas de los bronquíticos y verosímilmente del llamado asma esencial; por lo tanto, el asma puede considerarse como un elemento del síndrome de hipertonía pneumogástrica o síndrome vagotónico. También los ictus laríngeos de los bronquíticos pueden explicarse de un modo semejante; en estos enfermos, el reflejo óculo-cardíaco es fuertemente positivo y se puede admitir la existencia, en estos casos, de una hiperexcitabilidad del núcleo bulbar del pneumogástrico, y se comprende que en estas condiciones, la excitación partida del nervio laríngeo superior y conducida a un núcleo hiperexcitable, pueda ocasionar los fenómenos de inhibición brutal que constituyen el ictus laríngeo. La noción de hipervagotonía en el asma, permite algunas deducciones terapéuticas y, en efecto, debe administrarse la belladona, medicamento clásico de la hipervagotonía, pero a dosis medias o fuertes. Lian y Cathala preconizan las píldoras clásicas (polvo y extracto de belladona a partes iguales un centígramo), a dosis de dos, tres o cuatro píldoras diarias; y en los casos más tenaces, el sulfato de atropina *per os*, o en inyección subcutánea, dos veces un cuarto o medio milígramo. Sin embargo, no es éste el tratamiento de elección del acceso disnéico en sí, por que la acción de una inyección de atropina puede tardar en manifestarse quince o treinta minutos, y a este objeto, la in-

yeción intra-muscular de medio milígramo de clorhidrato de adrenalina es de acción más rápida y cierta; pero la belladona y la atropina, moderando el dinamismo pneumogástrico, podrán espaciar, atenuar o suprimir las crisis disnéicas.—(*Paris Medical*, núm. 28, 10 de julio de 1920).—E. Luengo.

3. El vértigo y su tratamiento por la adrenalina, por M. Vernet.—La sensación vertiginosa es un fenómeno de irritación del laberinto, o puntualizando más el vértigo es la expresión subjetiva de un desequilibrio vaso-tónico del laberinto, de orden simpático.

Existen tantas causas de vértigos como causas hay de modificaciones vaso-motoras del laberinto o de modificaciones tóxicas o endocrinas, pero tanto las causas locales como las generales, no son en esencia más que fenómenos vaso-motores de orden simpático. En vista de ello, la adrenalina parece el medicamento más apropiado para combatir el vértigo; Vernet la administra a dosis de 5 a 20 gotas dos veces al día, de la solución al milésimo y por vía digestiva.

A veces, sin embargo, hay que terminar la acción de la adrenalina por la pilocarpina o cualquiera otra medicación vagotónica, puesto que con frecuencia el desequilibrio simpático, no es más que la traducción de un desequilibrio vagotónico.—(*Presse Médicale*, núm. 47, 10 de julio de 1920).—E. Luengo.

UROLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tetania de la vejiga y su tratamiento, por O. Schwarz y R. Wagner.—Mientras que esta afección no es rara en el niño de pecho, en el púrpulo es excepcional, pues parece que sólo se ha observado el caso publicado por Hagenbach. Los autores refieren estos dos casos:

F. P., niño de cuatro años; según refieren los padres, enfermó el 20 de marzo de 1920 con convulsiones generalizadas, poniéndosele morada la cara y respirando con gran dificultad; tenía fiebre y retención de orina completa. Al día siguiente, la fiebre seguía siendo alta, pero la vejiga se vació espontáneamente. Pasaron después dos días sin que el niño volviera a orinar ni una gota, y en este estado fué conducido a la clínica donde es observado.

Aparte de algunos signos de raquitismo, da el niño la impresión de estar sano. La vejiga repleta, sube casi hasta el ombligo. Tras de vencer un ligero obstáculo en el trayecto bulbar, se consigue sondarle extrayendo la orina, que es clara, concentrada y libre de albúmina. Persiste la retención en los días siguientes; habiendo necesidad de sondarle una vez al día, extrayendo por término medio 300 c. c. de orina. Las

deposiciones durante todo el tiempo, se efectuaron normalmente. Las inyecciones de papaverina y pituitrina, no dieron resultado, pues únicamente una vez, al efectuar la defecación, emitió el niño como una cucharada de orina.

Pruebas de Trousseau y del facial, positivas; hiperexcitabilidad galbánica; unido esto a sobrevenir la retención tras un ataque de tetania, indujo a pensar que esta podía constituir el padecimiento fundamental, y en este sentido se instituyó el tratamiento. El 27 de marzo se practicó una inyección intravenosa de 10 c. c. de afenil (solución al 10 por 100 de cloruro de calcio y úrea); tres horas después, el niño desocupó espontáneamente la vejiga, y la retención no volvió a presentarse.

En el segundo caso se trataba de una niña, con síntomas típicos de tetania, que desde las doce del día, hora en que llegó a la clínica, hasta las doce y media de la noche, no orinó nada, y en las 24 horas siguientes, sólo algunas gotas. Replección vesical. Al otro día, se le inyectaron en la vena safena, 5 c. c. de afenil; dos horas después cesó la retención urinaria, no volviendo a presentarse.—(*Wiener Klin. Woch.* 8 de julio de 1920).—L. P.

2. Caso de retención urinaria, de origen tabético, curado por la esfinteromía, por H. Rubritius.—

Oficial alemán, de 35 años, sífilítico desde 1892, en el que se presentaron dolores neurálgicos en las piernas en 1899, y desde 1905 trastornos vesicales, que han ido aumentando hasta el punto de que en la actualidad la evacuación de la orina sólo puede efectuarse en cucillas y al mismo tiempo que la defecación. Pudo prestar servicio en campaña hasta hace catorce días, en cuya fecha aparecieron malestar general, sed, edema de las piernas y estranguria.

Tumoración cilíndroidea, de sonido oscuro a la percusión, que llega a dos traveses de dedo debajo del ombligo. Edema de los tobillos y muslos. Próstata pequeña y blanda. Fiebre, pupila derecha más dilatada que la izquierda, rigidez en ambas, reaccionan a la luz convergente; zonas anestésicas inframamarias; signo de Bobonski bilateral, reflejo rotuliano debilitado en ambos lados, prueba de Romberg, dudosa. Diagnóstico: degeneración grisácea.

Residuo urinario, 800 grs.; cantidad de orina en las veinticuatro horas, 1010; orina turbia, alcalina, que contiene 1,08 por 1.000 de albúmina y abundantes glóbulos de pus. El manómetro revela fuerte hipertensión, y la pilocarpina, notable aumento de presión interna, Citoscopia; abundante formación de trabéculas con pequeñas cavidades entre los cuerpos callosos, cistitis grave.

Cateterismo con sonda permanente; el 29 de noviembre de 1919, operación, con anestesia local. Abertura suprapública de la vejiga; excisión en cuña de la comisura posterior del orificio interno uretral, incluyendo en el colgajo separado un fragmento del esfín-

ter interno. Drenaje suprapúbico de la vejiga; a las cuatro semanas la fistula vesical se cierra. Cuatro meses más tarde, cistitis moderada; no queda residuo urinario, vaciándose por completo la vejiga, aunque para efectuar la micción tiene que seguir poniéndose en cuclillas el paciente; muéstrase este muy satisfecho del resultado obtenido, y su estado general ha mejorado mucho.

No solo, pues, se corrigieron la cistopielitis y la urotoxemia que ponían en peligro la vida, sino que se obtuvo mejoría duradera. No hay peligro de incontinenencia, pues el esfínter externo basta para producir la oclusión. Del esfínter interno se debe excindir por lo menos un centímetro o centímetro y medio.

Los trastornos de la micción en los tebélicos, suelen ser durante mucho tiempo el único síntoma; Freudenberg los supone debidos a la falta de coordinación entre el constrictor de la vejiga y el esfínter interno, efectuándose simultáneamente al ir a orinar la contracción de ambos.—(*Wiener klinische Woch.* 29 de julio de 1920)—L. P.

APARATO CIRCULATORIO EN LENGUA EXTRANJERA

I. Hemos recibido hace días el número 4 de los *Archivos de Cardiología y Hematología*, correspondientes a los meses de julio y agosto, número tan interesante como los otros tres que le han precedido. Las 64 páginas que contiene, de labor original, versan en parte sobre el Kala-azar infantil, dando cuenta el doctor García Vilar, del descubrimiento de nuevos focos de esta enfermedad en la costa de Levante, en la provincia de Castellón. Seguramente, el Kala-infantil es una enfermedad más común en España de lo que se cree y existen focos hasta ahora desconocidos, no sólo en el extenso litoral del Mediterráneo, sino probablemente también en el interior de la península; focos que interesa conocer, y que se conocerían muy pronto si todos los médicos que se encuentran en presencia de un niño con gran esplenomegalia, pensarán en el Kala-azar y tuvieran un poco de afán investigador. Acompañan a este trabajo las fotografías de los casos clínicos y los datos hematológicos característicos. Las restantes páginas originales comprenden un trabajo verdaderamente notable sobre *La dinámica cardíaca y sus perturbaciones*, del doctor José María del Corral, en el que se hace patente el gran valor práctico que se desprende de las investigaciones sobre temas llevados a cabo por fisiólogos y físico-patólogos extranjeros, cuestión apenas divulgada en España, y otro trabajo no menos interesante del doctor Antonio Mut, acerca de los *Síntomas cardíacos dependientes de afecciones extracardíacas*. La parte de la revista dedicada a las notas bibliográficas, comprende 13 resúmenes relativos a cuestiones de corazón y vasos y 20 a las de sangre.

El próximo número de los *Archivos*, aparecerá muy en breve con una Memoria original del Dr. Pittaluga, sobre *Hemopatías y glándulas de secreción interna*; otra del Dr. Salamanca sobre *La diferencia Pachón-Riva-Rocci* y otra del Dr. Huertas, sobre *Casuística de pericarditis*.—E. Luengo.

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

I. **Fijación interna de las fracturas.**—Con el advenimiento de la cirugía aséptica fué posible verificar operaciones abiertas en los huesos, con relativamente poco riesgo de infección. Esto alentó a los operadores a tratar una gran proporción de las fracturas, con un tipo u otro de férula interna, más bien que confiar en los procedimientos clásicos de reducción y fijación. Se han debatido mucho las indicaciones del tratamiento abierto; hoy día, ya parece haberse decidido este punto, y la discusión versa sobre la clase de material que debe emplearse en la férula. Los casos en los que la fijación interna está indicada, pueden clasificarse en fracturas en que no se puede obtener o mantener la reducción con los métodos antiguos, y fracturas desunidas. Por lo general, se distinguen los casos que corresponden al primer grupo por haberse probado y fracasado el procedimiento y de cuando en cuando por los resultados de la experiencia anterior. La operación está indicada en el primer grupo, principalmente para corregir la deformidad; en el segundo, la falta de unión es la indicación. En el primer grupo, por regla general, se obtendrá la unión, si se mantiene la reducción independiente del tipo de material que se introduzca para la fijación; en el segundo, hay motivos para creer que un injerto autógeno óseo sea superior a todos. De modo que en los casos del primer grupo, la selección de la férula se determina por la ventaja mecánica que ofrezca el tipo escogido. En las fracturas espirales, los alambres de plata o las bandas de Parham-Martín pueden llenar todas las indicaciones; las fracturas transversas pueden requerir las placas de Lane o, quizás, tarugos intramedulares de hueso hervido de buey. En el segundo grupo, sin embargo, la influencia vivificante de los osteoblastos, frescos sobre un trasplante autógeno vivo, parece desempeñar un papel que no puede representar ningún material inanimado. Se ha demostrado que aunque mueren las partes más profundas de tales injertos óseos, fuera de contacto con un riego sanguíneo eficaz, muchas de las células superficiales, hallándose bañadas en el plasma nutritivo de los tejidos contiguos, sobreviven y forman de este modo los centros de los cuales proceden la regeneración de los trasplantes y la supuesta estimulación de los osteoblastos inactivos en el sitio de la falta de unión. Aunque las asertos anteriores representan probablemente la opinión corriente sobre este asunto, hay datos que indican que la aposición y

la fijación perfectas son los requisitos supremos, y que el aparente efecto estimulante de un auto-injerto vivo, es tan sólo aparente y no real. Se le ha concedido otra ventaja al trasplante autógeno, no considerando un cuerpo extraño, en el mismo sentido que una plancha de acero o un pedazo de alambre de plata. La mayor parte de los injertos autógenos sanan en su sitio sin reacción destructora; muchas de las férulas metálicas requieren su extirpación subsecuente. En conjunto, puede deducirse sin riesgo que se han establecido ya los elementos esenciales de la fijación interna de las fracturas; las investigaciones subsecuentes probablemente tenderán a refinar los métodos. — (*Edición Española del The Journal*, A. M. A. 16-8-920)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. Sobre los quistes hidatídicos del pulmón.—
Ocho operaciones, ocho curaciones, resultados lejanos, por G. Pélissier.—El autor publica ocho observaciones de quiste hidatídico del pulmón; el diagnóstico de esta afección es fácil, siempre que se piense en ella; los únicos signos fieles que sirven para establecerle, son el examen microscópico de la expectoración, que permite encontrar (cuando se trata de quistes abiertos) los ganchos del parásito y es evidentemente un signo patognomónico; los otros dos signos son los que proporcionan la radiografía y la punción, siendo la primera únicamente recomendable y de una gran utilidad; y la segunda, peligrosa y su práctica sólo es excusable como un error. Como signos clínicos, merecen citarse: la casi constancia de los hemoptisis, el dolor y la disnea; siendo siempre los quistes dolorosos, quistes corticales, guxta-pleurales o guxta-pericardíacos. Existe a veces un derrame pleural parahidatídico, que para algunos sería una de las primeras manifestaciones de la equinococosis pulmonar y para la mayor parte de los autores se trata de pleurosías secundarias. Estos ocho casos fueron operados con la siguiente técnica: abordando siempre el quiste por la vía más corta; en los quistes no supurados, no es necesaria la resección, bastando una incisión intercostal larga, con separación forzada de las costillas. En los quistes supurados basta la resección de una costilla. Cuando por una razón cualquiera no se sigue la vía más corta, hay que resecar dos costillas, con objeto de buscar el quiste. Pélissier no ha observado en ninguno de sus casos el pneumotórax quirúrgico; la pleuritis adhesiva precoz en los quistes del pulmón, facilita el tiempo pleural de la pneumotomía. Se dice que las recidivas de estos quistes son excepcionales, pero nadie ha demostrado el porqué. La formolización, está condenada por el peligro de penetración del formol en las vías aéreas por las fístulas bronquiales. Pélissier, hace la toilette de la membrana adventicia contornada empapadas en éter. Si el quiste es supurado, hay que hacer la marsupialización y sino se puede cerrar sin drenaje; pero

si existen fístulas bronquiales, aún en este último caso, hay que hacer la marsupialización. De los ocho enfermos operados por el autor, dos de ellos presentaban recidivas; uno después de dos años; el otro parece curado pasados ya tres años de la intervención, pero la radioscopia, descubre una sombra redondeada de cuatro centímetros de diámetro en la cicatriz pulmonar; sin embargo, bien pudiera tratarse de una reinfección. — (*Lyon Chirurgical*, tomo XVII, núm. 1, enero-febrero, 1920). — E. Luengo.

CORAZÓN Y VASOS

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Voluminoso aneurisma de la aorta torácica, por J. d'Azevedo Maia.—Hombre de cincuenta y cuatro años, soltero, habiendo abusado de las bebidas alcohólicas y con Wassermann positivo, presenta una tumoración enorme, que ocupa gran parte de la pared anterior del tórax y se extiende hasta el cuello; el volumen apreciable en la figura parece ser algo mayor que el de la cabeza del enfermo. Sobre el polo superior de la tumoración descansa la barba del enfermo, y en el límite superior del tórax se extiende desde la parte media de la clavícula izquierda a la parte media de la derecha; el límite inferior se encuentra unos 10 centímetros por cima de la punta del apéndice xifoides. Parece ser que dicha tumoración contaba unos quince años de evolución. En la autopsia se encontró un voluminoso aneurisma de la aorta, que fué el diagnóstico hecho en vida; la forma era aproximadamente la de una calabaza de peregrino doblada por el cuello. Contenía coágulos que pesaron 1.500 gramos. Como cosa notable, aparte de su volumen, se encontró que la extremidad esternal de cada clavícula estaba un poco destruida y separada del mango del esternón; además, los dos tercios internos de dichos huesos eran completamente intra-aneurismales, encontrándose rodeados totalmente de coágulos; el tercio externo era extra-aneurismal; por tanto, en cada lado la clavícula atravesaba el aneurisma. Esto puede explicarse por el desarrollo de dos prologaciones del saco, una anterior y otra posterior, que abrazarían la clavícula, y después se soldarían en virtud de un trabajo flegmático. El trabajo contiene varias figuras, que le ilustran acertadamente, constituyendo el caso, en realidad, un modelo digno de acompañar a los que por sobrepasar las dimensiones más corrientes distinguen y caracterizan, por decirlo así, el Museo Dupuytren de París. — (*A Medicina Contemporanea*, núm. 23, 6 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

Sobre el mismo tema.

Cuando, hace algunos meses, se formó el Ministerio que aún preside el Sr. Dato, se agregó al número ya casi tradicional de las carteras existentes la correspondiente al Ministerio del Trabajo, corriendo por aquellos días como muy autorizada la noticia de que entre los servicios que al nuevo Ministerio se adaptarían habrían de contarse los correspondientes a la sanidad pública y a la previsión social. Pero el tiempo ha transcurrido, el Ministerio embrionario desarrolla su vida precaria y su actividad mermada, y nada nos deja suponer que se realice el parcialmente discreto propósito de que la sanidad pública salga de una vez del Ministerio de la Gobernación, en donde constantemente la agobian y la atrofian las naturales atenciones de orden público y político que ocupan de una manera casi exclusiva la atención de los ministros que desempeñan esta cartera.

Hoy vemos en los periódicos de noticias la de que por Real decreto firmado por Su Majestad se agrega al Ministerio del Trabajo la Junta de Colonización interior, organismo cuya importancia no trataremos nosotros de discutir, pero que al fin y al cabo la tiene mucho menor que la salud pública en general, y que históricamente aparece desde los tiempos de Carlos III y Olavide, pasando por los de Besada y Dato como el organismo exteriorizado de una tentativa tan generosa como inútil y desacreditada.

Compárese lo que significa el nuevo Real decreto con el desdeñoso abandono en que se tienen los problemas sanitarios, muy especialmente por el Gobierno actual, del cual podría decirse, por lo que al exterior resulta, que hace particular estudio por mostrar su menosprecio acerca del problema más hondo, más fundamental y más importante de cuantos pueden preocupar a un Gobierno español en las actuales y para las futuras circunstancias.

¿Cómo puede explicarse esto? El Gobierno actual se encuentra presidido por el Sr. Dato,

quien la primera vez que fué ministro de la Gobernación creó la Dirección técnica de Sanidad cuando este servicio no contaba más que con un Negociado, que desempeñaba un funcionario absolutamente administrativo; que con mermaísimos medios creó el luego floreciente y próspero Instituto de Higiene de Alfonso XIII; que hizo la campaña difícil y gloriosa contra la peste de Oporto; que reformó el reglamento de Sanidad exterior, concluyendo con las anacrónicas cuarentenas estacionales, que eran la traba de nuestro comercio y nuestras comunicaciones con las Antillas; que presentó un proyecto de ley de Sanidad a las Cortes, logrando que el Senado le aprobase y dejándole casi aprobado por el Congreso; que estableció el sistema de estadísticas sanitarias en toda la Península, llevando su meticulosidad y sus detalles hasta el punto de repartir a todas las localidades y municipios los impresos que habían de llenarse para tan interesante fin, y que, en una palabra, hizo él solo en el año 1899, como ministro de la Gobernación, más en favor de la salud pública que todos sus predecesores juntos desde la existencia del régimen constitucional.

¿Cómo explicarse, repetimos, que el mismo Sr. Dato, presidente hoy del Consejo de Ministros, no tenga ni una frase de atención, y casi podríamos decir que de cortesía, que demuestre su preocupación actual ante el clamoreo justificado de la opinión y su consecuencia como hombre de Estado en asuntos a los que hace años mostraba tal preferencia?

¿Será que no se encuentra suficientemente secundado por el ministro a quien tan importante ramo de la administración actualmente corresponde? Ni podemos creerlo ni lo creemos. El Sr. Bugallal ha mostrado de manera bien clara y palmaria desde otros departamentos en que su atención no estaba oficialmente atraída a estos asuntos que no era sordo a los razonamientos ni insensible a los convencimientos que en favor del problema sanitario se exteriorizaban. ¿Cómo explicarse, pues, lo que hoy ocurre? Pues sencillamente porque la proximidad de las elecciones por una parte, los problemas de or-

den público, las huelgas, los asesinatos, las amenazas de inversión del orden social, en una palabra, el estado actual del país justifican que el ministro de la Gobernación piense con preferencia y casi con exclusividad en los problemas de hoy y deje aparte los que en la realidad son más importantes, pero menos apremiantes en la apariencia.

El remedio, o cuando menos el principio del remedio, consistiría, según venimos predicándolo desde hace muchos años, en sacar la Sanidad del Ministerio en que se encuentra. Con el llorado Canalejas estuvo a punto de efectuarse esta útil reforma, cuando él desempeñaba el Ministerio de Fomento. Hoy, si no se quiere radicalmente crear un *Departamento* que con toda independencia actúe sin ligaduras partidistas y sin obstáculos rutinarios, llévase al menos tan importante rama al Ministerio del Trabajo, en donde podrá obtener mayor atención y desarrollar actividades más útiles.

DECIO CARLAN

LO QUE DEBE SER UN PARTIDO MÉDICO

Examinando en uno de los artículos anteriores lo que debe ser, como volumen, como cantidad, un partido médico, hice las siguientes informaciones:

1.^a Que 250 familias (1.000 habitantes), aplicando el cálculo de Schmidtman a nuestra estadística de mortalidad (media de 25 por 100) representan un trabajo excesivo, y, por lo tanto, muy defectuoso.

2.^a Que el volumen ordinario y normal de un partido médico debe estar representado por grupos de 200 familias (800 habitantes).

3.^a Que 150 familias (600 habitantes) dan sin rebasar las cuotas de 20, 30, 40 y 50 pesetas de iguala, tomadas como tipo, un sueldo mínimo de 5.000 pesetas.

4.^a Que con solo 105 familias (420 habitantes) se puede constituir el sueldo mínimo de 5.000 pesetas, sin más que elevar las cuotas de iguala en 10 pesetas cada una.

He de añadir, además, que la clase médica (los Colegios) deben impedir a toda costa que haya titulares dotadas con un sueldo inferior a 1.000 pesetas.

De todo esto se deduce:

1.^o Que todos los pueblos que tengan un censo de 420 a 800 habitantes, deben constituir partido médico independiente.

2.^o Que todos los pueblos que tengan un censo inferior a 420 habitantes, deben ser agregados a otros,

o agregarse entre sí para formar parte como anejos de otro partido.

3.^o Que sólo deben constituir un solo partido médico, aquellos pueblos o agrupaciones de pueblos que rebasen en poco la cifra de 800 habitantes.

4.^o Que todo pueblo o agrupación de pueblos que contenga 840 habitantes *puede* constituir un doble partido médico.

5.^o Que todo pueblo o agrupación de pueblos que contengan 1.200 habitantes *debe* constituir un doble partido médico.

6.^o Que en todo pueblo debe haber tantos médicos titulares como veces tenga contenida en su censo la cifra de 600 habitantes.

Para desmentir todas estas afirmaciones se hace preciso demostrar:

1.^o Que la morbilidad aceptada es excesiva.

2.^o Que el sueldo de 5.000 pesetas anuales no da lo suficiente para atender a las necesidades de la familia del médico y para el entretenimiento de la cultura en último caso.

3.^o Que las cuotas anuales de 20, 30, 40 y 50 pesetas por familia, son excesivas.

4.^o Que un solo médico, puede ver, como Dios manda, un número de enfermos mayor del que arroja un grupo de 800 habitantes.

5.^o Que el número actual de médicos es insuficiente para el número de partidos que resultase de la determinación de partidos según este criterio.

Yo acepto la controversia sobre todas y cualesquiera de estas cuestiones excepto sobre lo del sueldo mínimo de 5.000 pesetas, que yo he creído siempre que debiera señalarse en 6.000.

Y ahora sostengo que los Colegios médicos, tal como se hallan constituidos, pueden realizar esa reforma en muy poco tiempo, sin más que un poco de buena voluntad en los hombres que los dirigen y la institución del *socorro a parados* sobre estas dos bases: 100 pesetas de cuota anual y 100 pesetas de socorro semanal. Las cuotas anuales se pueden rebajar en un 50 por 100 aceptando donativos en *ciertas condiciones*, y las cuotas de socorro semanal deben cesar en cuanto a los secorridos se los proporcione un partido, lo acepten o no lo acepten.

DR. MARTIN HURTADO.

Comité de delegados de médicos de Sociedades

Se nos remite para su publicación:

«Bases a que han de ajustarse las contestaciones y propuestas al cuestionario anejo a la moción preentada por esta presidencia y aprobada en junta general del Comité, celebrada el 10 de los corrientes. Programa a realizar a partir del próximo año 1921:

I

REQUISITOS PARA FORMACIÓN DE NUEVAS EMPRESAS

- 1.º Aprobación previa por este Comité del reglamento interior del servicio médico.
- 2.º Aceptación por las Empresas de las modificaciones que en él se le indiquen.
- 3.º Envío de una copia del mismo para ser archivada.
- 4.º Firma del director de la nueva Empresa en el compromiso general de las mismas, que obra en la Secretaría general.
- 5.º Envío del escalafón de médicos numerarios y supernumerarios que la integran. El número de supernumerarios no será inferior a la mitad de los anteriores.

II

INGRESO EN EL SERVICIO DE SOCIEDADES Y ORGANIZACIÓN DE LA PREVISIÓN DE VACANTES

- 1.º Imposibilidad por parte de los médicos de pertenecer a una Sociedad que no haya cumplido los requisitos señalados anteriormente.
- 2.º Formación por este Comité del índice general de médicos de Sociedad, con fichero historiador de cada uno, con méritos, servicios, antigüedad, etc.
- 3.º Propuesta con arreglo al apartado 2.º para la provisión de plazas vacantes de médicos, previa aprobación en junta del Comité.
- 4.º Nombramiento a este efecto, previo sorteo y trimestralmente, de la Comisión dictaminadora.
- 5.º Imposibilidad de ser médico de una Empresa sin estar inscrito en el Comité de delegados.
- 6.º Nulidad de todo concurso que no se someta a estos requisitos.
- 7.º No poder servir Empresas que acrediten a los profesores médicos emolumento inferiores a los aprobados actualmente, y cuyas cuotas adolezcan de estos mismos defectos.
- 8.º Así mismo rechazar todo nombramiento en que no sean reconocidos los derechos y requisitos exigidos en vigencia o que puedan acordarse en lo sucesivo.
- 9.º Aceptación de los profesores que en la actualidad sirven en cada Empresa en sus respectivas categorías, reconociéndoles a efectos de concurso el oportuno derecho de prelación.

III

REQUISITOS PARA PODER ACEPTAR EL COMITÉ EL FUNCIONAMIENTO DE LAS SOCIEDADES BENÉFICAS DE SOCIEDADES BENÉFICAS DE SERVICIO MÉDICO-FARMACÉUTICO.

- 1.º Reconocimiento del Comité de delegados como organismo de suprema apelación y autoridad al igual de la Junta de gobierno y Patronato de médicos titulares, con arreglo a la Instrucción general de Sanidad pública, aprobada por real decreto de 12 de enero de 1904, en su título III, capítulo VII, artículos 62 al 65, ambos inclusive.

- 2.º Desdoblamiento de las direcciones técnicas y administrativas de cada Empresa.

- 3.º Que la dirección facultativa de cada una de ellas sea asumida por el presidente de su pleno médico, al que las entidades proporcionarán cuantos emolumentos, datos y personal se precise.

- 4.º Que sea facultad del director técnico: proveer servicios, nombrar médicos, recibir y fallar quejas y aplicar sanciones a éstos o a sus suscriptores, ajustando zonas y velando por el cumplimiento de los acuerdos del Comité de delegados.

- 5.º Que actúe como Cuerpo consultivo la Directiva de cada pleno, que ayudará al director en su cometido, y en caso de duda, recurrirá a la reunión plenaria del profesorado.

- 6.º Encargar semanalmente a los vocales de cada Directiva de la inspección de servicios médicos y de farmacias.

- 7.º Preparación y dotación por cada Empresa de servicios de policonsulta de especialidades, Sanatorios y servicios de guardia permanentes.

- 8.º Designación a los efectos de los haberes a acreditar al personal médico de una Comisión revisora de cuentas en las Empresas industriales y de vigilancia en las Cooperativas a sueldo fijo del número de familias asignadas a cada profesor.

- 9.º Nombramiento de vocales médicos a integrar las Juntas directivas de las Sociedades cooperativas, encargados de velar por los fueros del Cuerpo facultativo.

10. Cumplimiento estricto de cuantas mejoras y acuerdos tome el Comité de delegados, en relación con los intereses de la clase médica y de las Empresas.

IV

MEJORAS DE CARÁCTER ECONÓMICO QUE, SIN AFECTAR AUMENTO EN LAS CUOTAS Y SUELDOS EN LA ACTUALIDAD VIGENTES, DEBEN SER MOTIVO DE ESTUDIO PARA SU IMPLANTACIÓN.

- 1.º Creación del carnet de identidad para recogida de valores de Correos e identificación en todo momento de la personalidad médica, cuyo carnet, con el retrato del interesado y previos los requisitos legales, irá garantizado por la firma del presidente y secretario del Comité de delegados y el sello en tinta del mismo.

- 2.º Propuesta de brazalete o distintivo para el ojal para casos de revuelta pública o solemnidades que interrumpen la circulación en las calles, entorpeciendo el ejercicio profesional.

- 3.º Gestión de economato de productos alimenticios, fluido eléctrico, bonificación de artículos para vestir y material de operaciones.

- 4.º Rebaja de honorarios en Sanatorios para médicos y familias que vivan el mismo techo.

- 5.º Creación de un donativo para entierro y tocas, al fallecimiento de un facultativo.

- 6.º Revisión de servicio médico en Casinos y Cen-

tros regionales, y ventajas otorgadas a los médicos que lo prestan.

7.º Proyectos de casas para médicos para adquirir la propiedad de las mismas por alquileres devengados mensualmente.

8.º Abonos reducidos para la libre circulación en los tranvías y el metropolitano.

9.º Creación de seguros decorosos en el Instituto Nacional de Previsión, con cuotas bonificadas, en compensación de los servicios gratuitos que disponen las leyes.

10. Creación de la patente especial de médicos de Sociedad, clase 8.ª, de 75 pesetas, a cargo de la caja de las Empresas donde sirvan.

11. Gestión de carnet para viajes por ferrocarril en condiciones análogas a las que disfrutaban en la actualidad los militares.

12. Creación de un fondo de caja por cuota mensual reducida para socorro en caso de enfermedad de los facultativos.

14. Reconocimiento por las Empresas, a favor de los médicos adscritos a ellas y a sus familias, sin pago de cuotas, de los derechos asignados a los suscriptores de la sección más preferida.

Madrid 15 de septiembre de 1920.—El presidente, *Carlos Muñoz del Portillo.*

Sociedades Científicas

Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 27 DE MARZO DE 1920

Estudios experimentados sobre dinámica cardíaca

.....SOS.....

El DR. BAÑUELOS: el primero de estos estudios se refiere a la influencia que ejerce la estovaina sobre el corazón y sobre la presión sanguínea. Las conclusiones son las siguientes:

1.ª La estovaina, en inyección intravenosa en el perro, determina con dosis pequeñas un efecto cronotrope negativo e inotrope positivo sobre el corazón de este animal.

2.ª No modifica con estas dosis la presión sanguínea.

3.ª Con dosis mayores de estovaina se provocan efectos cronotropos positivos e inotropos negativos sobre el corazón.

4.ª La presión sanguínea se sostiene elevada, y sólo cuando se acerca la muerte se nota algún ligero descenso, que se acentúa después bruscamente.

5.ª Con las inyecciones intrarraquídeas se originan fenómenos semejantes, pero menos acentuados. Sólo excepcionalmente aparecen estos fenómenos en orden inverso.

6.ª La interpretación de estos hechos hay que buscarla en acciones simpáticas y parasimpáticas que

ejerce la estovaina sobre el sistema nervioso vegetativo

7.ª Estos hechos no pueden servir para explicar la baja de presión observada en el hombre, fenómeno que exige un estudio preciso de la circulación en el hombre mismo raquíanestesiado.

Al referirse a la acción de la estricnina sobre el corazón dice:

1.º La estricnina causa un efecto inotrope positivo acentuado sobre el músculo cardíaco.

2.º Este efecto inotrope positivo es muy marcado en el período de máximo acortamiento sistólico, el cual dura dos, tres y hasta cuatro veces el período normal.

3.º Estas acciones inotrope-positivas aumentan paralelamente a la cantidad de estricnina administrada.

4.º Con mayores dosis de estricnina se origina un efecto inotrope negativo que se señala más en la menor altura de la curva del sístole y menos en la menor duración del período de máximo acortamiento sistólico.

5.º La estricnina determina, simultáneamente con los efectos anteriores, un efecto cronotrope negativo muy intenso.

6.º Este efecto cronotrope negativo se marca más en la mayor duración del diástole y menos en el grado de relajación del miocardio durante el diástole.

7.º Este efecto cronotrope negativo aumenta paralelamente con la dosis de estricnina administrada.

8.º Nunca se torna esta acción cronótropa negativa en positiva, ni con las mayores dosis de estricnina, pues aumenta siempre progresivamente hasta que el corazón queda definitivamente parado.

9.º La estricnina ocasiona un efecto dromótrope positivo sobre el corazón de la rana.

10. Esta acción dromótropa positiva aparece en ocasiones más intacta por la prolongación del sístole auricular y fusión en la curva con el sístole ventricular.

11. Con dosis grandes, esta acción dromótropa positiva se torna en negativa y se establece, primero, un bloqueo incompleto, y después, un bloqueo completo del ventrículo.

12. Detalle importante es que, establecido el bloqueo completo del ventrículo, éste no adquiere por ello su automatismo propio.

13. La estricnina eleva poderosamente el tono del miocardio durante el sístole y durante el diástole, siendo la relajación diastólica muy pequeña, aunque dura mucho tiempo.

14. Las consecuencias de estos hechos sobre la circulación en general, y sobre la cardíaca en especial, son importantísimas, y sólo investigaciones posteriores permitirán fijar sus leyes.

15. No obstante, puede asegurarse que pequeñas dosis de estricnina, prudentemente repetidas, lucharán desventajosamente y de modo poderoso contra el éxtasis cardíaco.

16. Por lavado con solución salina fisiológica se desintoxica rápidamente el corazón de la rana,

17. Al desintoxicarse, recobra el corazón muy pronto sus propiedades inótropas y dromótropas y del tono del miocardio, y algo más tarde sus propiedades cronótropas normales.

18. Todos los fenómenos apuntados se señalan tanto sobre la auricular como sobre el ventrículo, pero son más acentuados en este último.

El Dr. Bañuelos, a continuación de estas investigaciones y simultáneamente con ellas, había emprendido ya desde el año anterior las que se refieren a cuáles son las distintas causas que puedan influir sobre el tono del miocardio y si positivamente existe este tono del miocardio.

De su estudio deduce:

1.º Existe un tono del miocardio en método semejante al tono de los músculos del esqueleto, según se deduce de las investigaciones de O. Frank y M. Bañuelos.

2.º Este tono sufre modificaciones fisiológicas bajo influjos nerviosos, hormonales, nutritivos e hidráulicos.

3.º El tono del miocardio es afectante patológicamente por causas nerviosas, hormonales, tóxicas o hidráulicas.

4.º Las alteraciones fisiológicas no repercuten más que en grado mínimo sobre el poder de contracción en corazón; en cambio, las alteraciones patológicas disminuyen generalmente el poder de contracción del corazón y sólo excepcionalmente le aumentan.

El Dr. Bañuelos termina su interesante comunicación exponiendo un estudio experimentado acerca de la dilatación aguda del corazón y de la asistolia aguda. Las conclusiones son las siguientes:

1.ª El corazón cumple, respecto a su repleción, las leyes que Fick, von Kries, Heidenhaim y Santesson formularon para los músculos del esqueleto cuando se les carga con pesos a elevar durante la contracción.

2.ª Por consiguiente, el corazón, cuando se aumenta la repleción de sus cavidades, se dilatan éstas y aumenta la longitud de sus fibras musculares y la función de éstas.

3.ª Durante el sístole la tensión es mayor y proporcional a la repleción del corazón.

4.º Con repleciones pequeñas, el grado de acortamiento sistólico del corazón puede ser igual o mayor de lo que corresponde a repleciones muy pequeñas.

5.ª El grado de acortamiento sistólico disminuye cuando aumenta la repleción, pero nunca se proporcionala a ella, puesto que el trabajo efectuado por el corazón en estas condiciones aumenta varias veces su valor normal.

6.ª Cuando la repleción del corazón y la distensión de sus fibras son muy excesivas, no puede realizarse ya acortamiento de las fibras musculares del corazón durante el sístole.

7.ª Cuando aumenta mucho la presión que vencer en el sistema aórtico durante el sístole, experimenta el corazón, primero, una prolongación de la fase sistólica de la revolución cardíaca, y después un vacía-

miento incompleto durante el sístole de la masa líquida intraventricular.

8.ª Con presiones aún más grandes se llega a la imposibilidad, por parte del ventrículo, de desalojar la más pequeña cantidad de líquido intraventricular.

9.ª Cuando se alteran las condiciones de nutrición del corazón se presentan iguales fenómenos que los que hemos resumido, pero con repleciones y presiones muy inferiores.

10. Tanto cuanto el corazón se haya distendido y pasado por exceso de repleción como cuando lo haya hecho por exceso de presión o por alteración del medio nutritivo, puede ponerse rápidamente en marcha normal y con sólo restablecer las condiciones normales de la dinámica circulatoria.

11. Si la distensión ha sido exagerada o la paralización en los movimientos cardíacos data de mucho tiempo, es más difícil, y a veces imposible, restablecer el corazón su fisiología normal.

El Dr. ESPINA elogia los trabajos del Sr. Bañuelos por ir dirigidos con investigaciones de labradores y con aplicación a la clínica. Se fija en la acción de la estricnina, que ya va incluida en su obra *Los medicamentos cardiomotores* como un tónico cardíaco. Se ocupa luego de la capacidad de resistencia que tiene el corazón, a quien se le exige, como a todo rico, que cumpla con todo el mundo, pero se cansa, se fatiga y no puede cumplir en los últimos momentos de su vida las leyes ineludibles de la conservación de la existencia del sujeto. Y es lo cierto que esta fatiga muscular cardíaca se observa en estado de salud y, desgraciadamente, mucho más intensa en estado de enfermedad. Explica la situación del corazón normal en los deportes violentos; el estudio especial sobre la reacción a las dosis medicamentosas: lo que ocurre en la asistolia aguda, sobre todo por sufrimientos morales.

El Dr. BAÑUELOS rectifica brevemente, asintiendo a cuanto ha expuesto el Dr. Espina; que es evidente que todas las afecciones morales producen modificaciones de orden vasomotor, y que tienen influjo manifiesto sobre el corazón; que en los casos de repleción la sangría es un gran recurso.

El Dr. ESPINA rectifica, diciendo respecto de este último, que ya hace mucho tiempo fué defensor de este tratamiento, como lo sostiene en un folleto titulado *La restauración de la sangría ante la patología actual*.

El Dr. DECRET tercia en el debate en lo que respecta al corazón cansado de los atletas, y dice que mientras éste se entrena pone en combinación una porción de funciones que son necesarias para que no se canse, y que entre este período de transición o de entrenamiento hay una porción de fases en las cuales se puede cansar el corazón.

El Dr. ESPINA rectifica nuevamente, y dice que había hecho dos fases del estudio, una del corazón sano, y otra del corazón enfermo; que al estudio del corazón sano era a lo que se refería el doctor Bañuelos, puesto que los experimentos los ha realizado en animales de

BARDANOL

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

elección, y pudo elegir corazones sanos; que, conforme con el doctor Decref, en la primera carrera protestan, pero se van entrenando, van haciendo mayor desarrollo de sus músculos, haciendo mayor capacidad; pero estos corazones no recobran en absoluto sus funciones primitivas normales; que el corazón va necesitando cada vez más reposo, a medida que va uno entrando en años; que lo mismo sucede con la memoria de hechos: primero se retienen todos los hechos; después los que se quiere, y luego ni los que se quiere.

DOCTOR CESALDO.

Sociedad oftalmológica de Madrid

SESIÓN DEL DÍA 18 DE ABRIL DE 1920

DR. CARRETERAS.—*La heterocromia del iris.*

La cuestión de las heterocromias del iris, ha sido poco estudiada y, sin embargo, es asunto que vale la pena de dedicarle toda la atención. Las obras clásicas de oftalmología y los modernos tratados, en su mayoría, no la mencionan siquiera, y si alguno lo hace es de un modo somero y sin entrar en detalles, es decir, de una manera en extremo deficiente.

Hutchinson publicó el primer trabajo sobre heterocromia del iris, en 1869, y luego transcurrieron veinte años sin que nadie se ocupara más de ello. Los autores que posteriormente han tratado este tema, son; Sym Marcus, Pum Malgat, Fuchs (los trabajos de este eminente maestro, son en la actualidad, los mejores, bajo el punto de vista clínico y anatomo-patológico), Bistis, Lagleyze, Lutz Schapring, Pinens, Vries y Weill. Mi maestro, J. Galezonski, publicó también un luminoso trabajo en «Recueil d'Ophthalmologie» año 1910, y en su clínica de la rue Oanbince, vi yo el primer caso de heterocromia del iris, sobre el cual nos dió Galezonski una magnífica lección clínica.

En la literatura oftalmológica de nuestro país, nada he podido hallar referente al asunto que nos ocupa.

Ante todo, ¿en qué consiste la heterocromia del iris? Sabemos que al nacer el iris no tiene color propio, y que el color azul que presenta se debe a un fenómeno de interferencia, por el cual el pigmento negro del *pars iridica retina*, visto a través del estroma conjuntivo transparente del iris, ofrece una coloración azul oscura. El pigmento propio del iris, que se desarrolla en las células redondas y estrelladas del estroma iriano, aparece ya muy adelantado el primer año y se completa hacia la mitad o final del segundo. Cuando el pigmento mesodérmico es muy abundante, de él sólo depende el color del iris. Cuando es más escaso la coloración del iris, se debe a la combinación del color de interferencia con el del pigmento mesodérmico, influyendo también en

el sentir de algunos autores; la densidad del estroma, la cantidad de sangre que contiene y el modo de iluminación. La heterocromia consiste en que el iris no ofrece el mismo color en los dos ojos, siendo uno de ellos más azul que el otro.

Este fenómeno ha sido llamado con nombre distinto, según los autores: *Promheeropia* (Malgat, Lagleyze) o bien *heteroftalmia* o *dicoria*, reservando el nombre de heterocromia para los casos en que las diferencias de color recaen sobre un mismo iris que ofrecería por ejemplo un sector más azul que el resto del iris. En nuestra opinión, tal diversidad de nombres, no hace más que producir confusión por la arbitrariedad con que unos les hacen significar una cosa, y otra distinta, otros. Nosotros proponemos que se use siempre la palabra *heterocromia* (que expresa diferencia de color) seguida de las indicaciones *parcial* o *total*, según se refiera a un segmento o a todo el iris, y la heterocromia parcial podría ser única o bilateral, según afectara a un ojo o a los dos. La heterocromia puede ser congénita y adquirida. La primera debe entenderse en el sentido de una detención en el proceso de pigmentación normal del iris de un ojo, mientras que el congénere se pigmenta normalmente (hablamos siempre de heterocromia total, cuando no hagamos constar otra cosa). En la heterocromia adquirida, el iris que ya había adquirido su color definitivo, lo va perdiendo volviéndose azulado. El pigmento que desaparece es únicamente el mesodérmico, quedando intacto el del *pars iridica retina*.

Esto demuestra que la heterocromia no tiene parentesco ninguno con el albinismo. El primer fenómeno patológico que se relaciona con la heterocromia del iris fué la catarata. Fuchs relata 38 observaciones de heterocromia del iris con catarata. Se trata casi siempre de una catarata blanda o semiblanda, que empieza por desarrollarse en las capas posteriores del cristalino, como casi todas las cataratas complicadas. La época en que con mayor frecuencia se la encuentra es entre los 20 y 30 años. Dard, cita un caso de heterocromia adquirida, complicada con catarata, en un sujeto de 30 años, que a los 10 años tenía los dos iris iguales de color. Sanlard, refiere 25 casos de heterocromia con catarata, y se muestra decidido a operar. Fuchs, sólo admite la operación con ciertas reservas, pues las considera como cataratas complicadas.

Además de la catarata, se ha visto a la heterocromia asociarse con neuritis óptica, opacidades del vitreo, nistagmus, estrabismo divergente y alteraciones simpáticas.

Sin embargo, lo que con mayor frecuencia se observa es la existencia de precipitados muy finos sobre el endotelio de la membrana de Discemet, como signo de una uveitis crónica. Estos precipitados deben buscarse siempre con la lupa binocular, pues muchas veces, sin ella, pasan desapercibidas. Fuchs las ha hallado 29 veces en 38 casos. Galezonski, siete veces en ocho observaciones. Otros casos y auto-

TOLUDEN
Pelrid's C.^o, New-York

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

Laboratorio: J. Ferrer y Robet, Sitges (BARCELONA).

res podríamos citar, pero con lo dicho ya basta.

Descontado el caso observado en París en la clínica de Galezonski, he podido recoger las siguientes observaciones entre el total de mis enfermos:

Observación 1.^a.—Bartolomé M. y M., de 67 años de edad, natural de La Bisbal (Gerona), me consultó en 11 de septiembre de 1917, por haberse pinchado un ojo con una brizna de alfalfa seca, hacía ocho días.

(Se continuará)

Sección oficial

MINISTERIO DE MARINA

REAL ORDEN

Excmo. Sr.: Con el fin de proveer plazas vacantes en el Cuerpo de Sanidad de la Armada, como consecuencia de la aplicación de las plantillas aprobadas por Real decreto de 7 de agosto próximo pasado,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien disponer se convoquen oposiciones públicas entre los doctores y licenciados en Medicina y Cirugía que lo soliciten, para cubrir 50 plazas de médicos segundos del expresado Cuerpo, cuyos ejercicios deberán comenzar en esta Corte el día 10 de enero de 1921, en el local y hora que oportunamente se señalarán, con arreglo al Reglamento y Programa aprobado por Real orden de 26 de Enero de 1914 (*Gaceta de Madrid* de 29 del mismo mes y *Diario Oficial* de este Ministerio, número 41, de 20 de febrero siguiente), y las rectificaciones insertas en la *Gaceta de Madrid* de 1.^o del expresado mes de febrero, así como la modificación relativa a la constitución del Tribunal, determinada en la Real orden circular de 17 de octubre de 1919 (*Diario Oficial del Ministerio de Marina*, número 238).

Los doctores y licenciados que deseen tomar parte en esta convocatoria, deberán presentar sus instancias dirigidas al Ministro de Marina, y debidamente documentadas en la secretaría de la Jefatura de servicios Sanitarios de la Armada, en los días hábiles de oficina, desde la publicación de esta convocatoria hasta las trece horas del día 4 de enero del año próximo. Los opositores deberán concurrir a las diez de la mañana del día 7 del mismo mes de enero a la enfermería de este Ministerio, con el fin de sufrir el reconocimiento de aptitud física que determina el artículo 8.^o del reglamento citado.

El tribunal que ha de juzgar estas oposiciones, se constituirá en la forma siguiente: Presidente, Subinspector de primera clase, D. Ildefonso Sanz y Domenech; Vicepresidente, Subinspector de segunda clase, D. Nicolás Rubio-Argüelles y Salcedo; Vocales, Médicos mayores D. Estanislao Llunesma y Garcir y don Jesús Ylarri Zamboray; Vocal Secretario, Médico mayor, D. Daniel del Río Torre; Vocal suplente, Médico mayor, D. Vicente Cebrián Jimeno.

Los opositores que obtengan plaza de médico segundo, recibirán en los departamentos las prácticas de la profesión médico-naval militar, que ya están determinadas o las que oportunamente se dispongan.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento y efectos. Dios guarde... Madrid 25 de septiembre de 1920.—*Dato*.

Señor General jefe de los Servicios Sanitarios de la Armada. Señor Almirante jefe del Estado Mayor, etcétera. (*Gaceta* de 30 de septiembre).

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA

Ilmo. Sr.: En cumplimiento de lo dispuesto en el capítulo 9.^o, artículo 1.^o, concepto 28, de la vigente ley de Presupuestos,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien confirmar en sus cargos, con la remuneración anual de 1.000 pesetas, a partir del día 1.^o de abril último, a los alumnos internos de la Universidad Central comprendidos en la relación adjunta.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 18 de agosto de 1920.—P. D. *Peña Ramiro*.

Señor Subsecretario de éste Ministerio.—(*Gaceta* de 22 agosto).

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,4; ídem mínima, 698,5; temperatura máxima, 17°,8; ídem mínima, 8°,6; vientos dominantes, SO. SSO.

Sigue marcándose la tendencia al desarrollo de los estados catarrales agudos y de los reumatismos de igual tipo, generalizados en sus manifestaciones. Las anginas tonsilares catarrales y estreptocócicas han sido frecuentes. También se han presentado en los niños algunos casos de escarlatina.

Crónicas

Higiene especial en Galicia.—A continuación insertamos las conclusiones que en la Asamblea Médica Gallega han acordado por unanimidad los médicos del servicio de higiene especial de aquella región, las cuales han sido enviadas al ministro de la Gobernación acompañadas de una razonada instancia:

1.^o Que se respete en sus cargos de Higienistas a todos los que lleven desempeñándolo ocho o más años, y que si se considera preciso especializarlos se implanten en Madrid cursillos apropiados, para seguir los cuales, se les pasaporte gratuitamente, como se viene haciendo con los militares.

2.^o Que se reorganice este Cuerpo formando un escalafón general, bien con emolumentos, o bien con sueldos decorosos pagados por el Estado, con opción a concursar las vacantes con rigurosa antigüedad y a excedencias temporales.

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.

3.º Que al estatuirse el Cuerpo se haga ya con miras a las exigencias de la higiene moderna, para el día en el que los reconocimientos hayan de hacerse extensivos más que a las meretrices a otros fines sociales (emigración e inmigración, matrimonios, etc.), y

4.ª Que estas indispensables reformas se realicen sin demora.

Santiago, 24 de julio de 1920,

Asamblea de Médicos de Prisiones.—Hasta ahora, las fechas fijadas para la celebración de esta Asamblea, son los días del 10 al 15 del próximo enero.

El discurso de apertura lo pronunciará el ilustre senador, catedrático de Medicina legal de San Carlos, D. Tomás Maestre.

Han presentado interesantes temas a desarrollar en la Asamblea, los Sres. D. Eduardo Martínez, D. Vicente Luna, D. Anastasio Hermoso, D. Pablo García, D. Eduardo Martín Renedo y otros.

—Dice el *Medical Record* del 21 de agosto de 1920:

«El 11 de agosto ha muerto en la prisión de Schuylkill (Pa.) un bandido negro, después de cuarenta y tres días de ayuno; este ayuno ha superado, en tres días, el del Dr. Tanner, que batió el record hace algunos años».

Actualmente, no hay duda ninguna, de que el campeón es el alcalde de Cork.

El Colegio de Médicos de Vizcaya.—Leemos en *La Gaceta del Norte*:

«De Madrid ha regresado en el rápido del domingo, el Sr. D. Julio de Uruñuela, presidente del Colegio de Médicos de Vizcaya, quien, en unión de los Sres. Armendáriz, Agote y Oreja, presidentes, respectivamente, de los Colegios de Médicos de Navarra, Alava y Guipúzcoa, han realizado importantes gestiones ante los señores ministros de la Gobernación y de Gracia y Justicia, altamente beneficiosas para nuestras clases médicas, y que han sido facilitadas y apoyadas eficazmente por el ilustre doctor Cortezo, presidente de la Real Academia de Medicina, el reputado doctor Sánchez Covisa, presidente del Colegio de Médicos de Madrid. y por el Sr. Barriart, diputado a Cortes por Aoiz (Navarra), a cuyos señores han quedado altamente reconocidos.

Las impresiones que traen de las entrevistas celebradas con los señores ministros de Gracia y Justicia y Gobernación, los presidentes de los Colegios Médicos vascos y navarro, no pueden ser más satisfactorias».

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.

Obra antituberculosa.—La Federación de Señoras contra la tuberculosis, visitó en sus domicilios, en el mes de agosto, a diez y seis enfermos, concedió alimento lácteo a cuatro, costeó el entierro de Manuela Cardona, selló sesenta recetas y distribuyó 400 inyecciones. Estos socorros ascienden a 239,50 pesetas.

El Sanatorio del Pilar gastó en arriendo del Sanatorio 1.000 pesetas; en manutención de catorce personas, reposición de calzado, luz, servicio religioso, 1.000 kilos de carbón y servidumbre, 831,77.

El Dispensario gastó: mensualidad a los conserjes, limpieza de local y ropas, luz eléctrica, tarjetas para los señores médicos, vendas, gasa y alcohol, 202,08.

Se ha recibido un donativo de doña Ursicina Molés de Velaza, de 270 pesetas, socorro que contribuirá a aliviar

a los pobres tuberculosos; el Comité agradece profundamente este generoso rasgo.

La secretaria, Agueda Aldama.

Oposiciones a médicos de Prisiones, convocadas en la *Gaceta* de 16 de septiembre, para licenciados; instancias hasta el 15 de octubre; programa el anterior de 26 de junio de 1913. La casa Editorial Campos, Princesa, 14, tiene obra publicada y completa, que contesta con gran suficiencia al programa, por el doctor Martín, médico del Cuerpo, y se vende al precio de 50 pesetas.

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

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por

JOSÉ ROBERT Y SOLER

INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO

FARMACIA ROBERT - Lauria 74

BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.