

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

### REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Frincesa.	F. GONZÁLEZ ACUILAR 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 Clínica 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. HERNÁNDEZ Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	F. TELLO Sub-Inspector General de Sanidad
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española.—Archivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.—Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todas 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: Consideraciones históricas y críticas acerca de la catarata y de su tratamiento, por el profesor Márquez.—Nuevo procedimiento de desinfección, por el Dr. Francisco Valenzuela.—Bibliografía, por Federico Tole.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Rectificando, por Rafael Ulecia de la Plaza.—Checa.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalio.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Consideraciones históricas y críticas acerca de la catarata y de su tratamiento <sup>(1)</sup>

POR EL  
PROFESOR MÁRQUEZ

Señores: Antes de entrar en materia digamos algo acerca del título de esta conferencia y de lo que pudiéramos llamar la técnica o el *modus faciendi* de la misma.

El título primitivo ha sido variado. Cuando el señor presidente me hizo el honor de encargarme de desarrollar una de estas conferencias de extensión de cultura yo me propuse como tema el siguiente: «Progresos que aún faltan por realizar en el tratamiento de la catarata y crítica de los ya realizados». Todo lo que se refiere a la catarata y a su tratamiento nos atrae con fuerza irresistible a todos, y es que, no sólo es interesante para los que a la especialidad nos dedicamos, sino para todos los médicos y hasta para muchos profanos, y así no es de extrañar que constantemente,

(1) Conferencia dada en la Real Academia Nacional de Medicina el día 5 de mayo de 1920.

en Congresos, en revistas, en todas partes y desde mucho tiempo, puede decirse que es tema siempre a la orden del día.

La cosa está justificada. La catarata es una afección, por lo general, de la edad madura (aunque también la pueden padecer los niños), a la cual puede decirse que todos somos candidatos, aunque muchos, afortunadamente, no lleguen a padecerla. Si todos llegásemos a una edad muy avanzada, seguramente todos padeceríamos de esta afección, que es simplemente un caso de vejez parcial del organismo; y es más: si todos llegásemos a vivir muchísimos años, espontáneamente llegaríamos también a curarnos de ella, porque la mayor parte de los casos de curación espontánea de la catarata que se conocen son debidos precisamente a rotura de las fibras que sostienen el cristalino en su sitio y a desaparición del mismo del campo pupilar, y como estas fibras van siendo cada vez más frágiles a medida que la edad avanza, llegan ciertos casos en que se rompen, el cristalino se cae y el telón que cubre la pupila y que «impide ver—como dice Cajal tan bellamente en su libro *La fotografía de los colores*—el magnífico escenario de la vida» se levanta de nuevo, y el espectáculo comienza otra vez, más interesante que nunca, después de la transitoria y obligada ceguera.

Pues bien: así como el cristalino puede abandonar



el orificio pupilar espontáneamente, esto mismo es lo que ha estado imitando el arte operatoria durante muchos siglos antes de que se conociese el tratamiento más moderno de la extracción de la catarata; es lo que han estado haciendo los oculistas con los métodos llamados de depresión y reclinación, hoy justamente abandonados.

No es, pues, de extrañar, por tanto, que eligiese este tema. Pero ocurrió que, encariñado con él, tenía yo la pretensión de que le conocía a fondo (pues que obligación tengo de ello), y con sorpresa me encontré, al empezar a leer y al empezar a preparar esta conferencia, que había muchas cosas que yo no conocía, o mejor dicho, cosas que sí conocía, pero que las consideraba como descubrimientos modernos y de última hora, siendo en realidad hechos varias veces ya conocidos y descritos con anterioridad a nuestros autores contemporáneos, fenómeno que se repite también muchas veces en la historia, porque tenemos todos la mala costumbre de leer sólo las cosas modernas y de actualidad, por creer que esto nos basta para estar al tanto de lo que ocurre, y de prescindir en absoluto de los datos históricos. Y así muchas veces han sido considerados como inventos hechos que ya salieron a luz y que tal vez no encontraron eco en su tiempo, acaso por no hallarse en aquella época el ambiente preparado para ello; que se olvidaron, que pasaron, y después resulta que han resucitado años, a veces siglos, más tarde, y para los que no leen parecen cosas nuevas cuando, en realidad, no lo son.

Yo he tenido en este caso la suerte—por una verdadera casualidad—de tropezar con un lote de libros viejos que un maestro mío me regaló. Yo empecé a curiosear estos libros y me encontré, como tendrán ocasión de ver, si no canso demasiado a los que me escuchan, cómo muchas cosas que parecen de ahora son ya de muy atrás.

Así, pues, el título primitivo le he variado, y ahora le expreso así: «Consideraciones históricas y críticas acerca de la catarata y de su tratamiento». Consideraciones históricas, por lo que acabo de decir; críticas, porque en la medida que dé de sí mi escaso espíritu crítico, así lo haré; acerca de la catarata y de su tratamiento: *de la catarata*, porque hay en la historia de ella hechos curiosos que no se refieren a su tratamiento (aunque éste no hubiera podido surgir sin aquéllos), y que debemos saborear por recreo del espíritu; y *a su tratamiento*, y no sólo a la operación de la catarata, porque, si bien es verdad que ésta constituye hoy por hoy el verdadero y casi único tratamiento del proceso, dista mucho de ser el ideal, por no haber llegado todavía el arte a la fase de progreso en que el tratamiento de la catarata sea el médico, aparte del supremo ideal que sería el no padecerla.

Dos palabras más acerca «de la técnica» de esta conferencia. Aquí se han dado brillantes conferencias orales: la de mi ilustre decano y amigo el profesor Recaséns, la del profesor R. Fornós, de Valencia; la del doctor Espina, etc. Se han dado también notables

conferencias escritas: la del ilustre profesor Fuchs, de Viena; la del doctor González Campo; la del doctor Goyanes, etc.

La mía, que hasta ahora ha sido oral, va a ser mixta de hablada y de leída: hablada, en lo que se refiere a los comentarios que yo tenga que hacer, y leída, cuando se trate de textos que se deben transcribir exactamente, religiosamente, podríamos decir, y por esto he traído estos libros que aquí ustedes ven, unos cuantos libros de valor histórico evidente, entre ellos la *Tesis* de Nélaton, uno de los trabajos más interesantes que se han escrito sobre el tratamiento de la catarata; los famosos Tratados de Saint Ives y de Maitre-Jan, y el notabilísimo de Pellier, sobre operaciones oculares, de los cuales ustedes van a oír, en los párrafos que leeré después, cómo están ya descritas infinidad de cuestiones que ahora pasan por novísimas, y que lo han sido, sin ambigüedades, sin que se precisen interpretaciones como cuando se trata de textos antiguos, en los que se le hace decir al autor lo que se quiere; no, sino escritos en correcto francés del siglo XVIII.

Mas entremos ya en materia.

Digamos, ante todo, para evitar divagaciones inútiles, que, por lo que acabo de decir, al tratamiento quirúrgico es al que me voy a referir en la mayor parte de esta conferencia, y sólo al final diré breves palabras, si tengo tiempo, del que yo creo que en el porvenir, quizá muy próximo, será el tratamiento de la catarata. A su vez, dentro del tratamiento quirúrgico hay tres *métodos*. Digamos antes que hay que hacer la distinción, como todo el mundo sabe, entre métodos y procedimientos. Métodos son los modos lógicos de hacer una cosa, en los que domina una idea fundamental, mientras que procedimientos ya, son los modos de hacer, prácticos, de detalle, dentro de cada método; es decir, que un método puede comprender varios procedimientos, y aun subprocedimientos.

Así, los métodos para tratar quirúrgicamente las cataratas no pueden ser, en realidad, más que tres. Puesto que la catarata es el cristalino opacificado, y que por esta circunstancia impide la visión, para recobrar ésta no caben más que estos tres caminos:

1.º Quitar la catarata de la pupila, pero llevándola a otro sitio, sin sacarla del ojo: *depresión* o *reclinación*, con las que imitamos lo que ocurre en la curación espontánea de la catarata: hundimos el cristalino, del cual provocamos así una verdadera luxación en el vítreo, y en él queda; podrá o no después ser tolerado como cuerpo extraño, y dar lugar a trastornos subsiguientes o no; pero en el momento en que el cristalino se quita del campo pupilar permite que los rayos luminosos lleguen a la retina y el sujeto vea.

2.º Destruir la catarata dentro del ojo, haciendo que se reabsorba, o sea que desaparezca del ojo. Esta destrucción se hace, sobre todo, en los niños, en la gente joven, porque en los viejos no puede ser, dado que en ellos el cristalino es duro y no fácilmente reabsorbible, es el método llamado de *discisión*. Se entra con la aguja a través de la córnea o de la esclerótica, gene-



ralmente de la primera, ya que la vía esclerótica, por estar cerca la región ciliar, es la zona peligrosa, de la que hay que procurar huir. Entra la aguja con la pupila artificialmente dilatada—hoy disponemos de atropina y otros medicamentos que la dilatan—y se clava en la cara anterior del cristalino, produciendo así una catarata traumática o completándola si se trataba de una incompleta, produciendo con más o menos intensidad, según la extensión de la herida del cristalino, la hinchazón de éste, la cual a veces es causa de que el iris sea comprimido, disminuyendo la profundidad de la cámara anterior y ocasionando fenómenos de hipertensión; pero de todos modos, a la larga, este mismo cristalino, que empieza por opacificarse, acaba por reabsorberse, del mismo modo que ocurre, por lo general, en la catarata traumática, y es por esto, dicho sea de paso, por lo que cuando hay una herida penetrante de ojo no hay que apresurarse a extraer la catarata traumática que se produce, pues muchas veces desaparece ella sola, y únicamente cuando persista es cuando estaremos autorizados a intervenir, extrayéndola entonces. En este segundo procedimiento, como se ve, la catarata no se extrae todavía, aunque desaparece igualmente del campo pupilar, pero no queda como cuerpo extraño dentro del ojo, sino que desaparece de éste por reabsorción.

3.º Pero el procedimiento más radical es el de *extracción*. Este ha sido el último en aparecer, y se comprende. Durante muchos siglos la naturaleza de la catarata ha sido completamente desconocida; los antiguos creían que el cristalino era incapaz de opacificarse, por ser el órgano más importante de la visión y el asiento del fuego eterno. La catarata no podía ser considerada, por tanto, como una opacidad del cristalino; se creía que era una especie de membrana que se formaba entre el cristalino y la uvea (o sea el iris), o bien que era una gota, *gota obscura* (la palabra catarata quiere decir caída de agua), por oposición a la llamada «gota serena»; y, en suma, la catarata ha permanecido desconocida en su naturaleza durante varios siglos, a pesar de lo cual se la trataba, pero exclusivamente por medio de los procedimientos de descenso, de depresión y de reclinación, de los cuales, para no ocuparnos más en ellos, vamos a decir dos palabras.

Se introducían las agujas unas veces por la córnea, otras por la esclerótica; al cristalino se le hacía descender en totalidad, o bien se inclinaba hacia atrás su borde superior. Ambos procedimientos de depresión y reclinación no se usan ya, y De Wecker, una de las mayores autoridades en cirugía ocular, no los describe siquiera entre los métodos de tratamiento de la catarata, sino que lo hace solamente en la parte histórica, pues todavía algunos libros describen los procedimientos de depresión y reclinación con todo detalle y como si alguien aún los practicara.

Sin embargo, no merecen del todo ser desechados, porque no hay ningún método, por malo que sea, que no pueda en un momento dado tener aplicación, así como no hay tampoco procedimiento, por bueno que

sea, que se pueda aplicar en todos los casos. Así, por ejemplo, este método de depresión y reclinación tan malo puede alguna vez tener su aplicación. Supongamos un individuo que ha tenido una hemorragia expulsiva, complicación terrible que ocurre de cada dos o tres mil casos en uno. En la catarata mejor operada, a las dos o tres horas, y a veces en la misma mesa de operaciones, empieza a salir sangre del ojo, arrastrando por delante de sí el vítreo y la retina, y aquel ojo se puede considerar como irremisiblemente perdido. Esta complicación ocurre en sujetos viejos, como son todos los cataratosos, arterio-escleróticos, etc., tal vez por la disminución de presión que se produce al abrir un ojo cuyos vasos tienen paredes frágiles y degeneradas, rompiéndose éstas por el predominio de la presión sanguínea. En estos casos hay que ser muy cautos cuando se opera el segundo ojo, porque es muy probable que se encuentre en idénticas condiciones que el otro, y en casos tales han propuesto algunos hacer en este segundo ojo el procedimiento de depresión o reclinación, con el fin de evitar dicha hemorragia *ex vacuo*. Otra indicación sería el temor a la infección. Precisamente este procedimiento se empleó mucho cuando no había antisepsia; la herida era mínima, era lo más pequeña posible. Es más: después, cuando se ideó el procedimiento de extracción por el famoso e ilustre Daviel, este procedimiento, a pesar de ser bueno, estuvo a punto de ser vencido por el procedimiento verdaderamente malo, comparado con él, de la depresión, porque éste en aquella época daba menos infecciones que aquél. Claro que un procedimiento que daba unos 30 ó 50 por 100 de éxitos era menos malo comparativamente que no hacer nada, cuando aún no era conocida la extracción; pero comparado con ésta, hay una diferencia enorme con ella. Sin embargo, a principios del siglo pasado hubo una lucha entre el descenso, que levantaba de nuevo la cabeza, y la extracción, que daba bastantes fracasos por la infección, a consecuencia de la herida grande que había que practicar y de la falta de asepsia, lo cual fué causa de que se dividieran las opiniones en dos bandos, a tal extremo, que estuvo amenazado de hundirse para siempre el método de extracción, por haber nacido demasiado pronto, estando a punto de volver a dominar el de depresión, que contaba entre sus defensores a Scarpa, italiano, y a Dupuytren, cirujano francés, que, teniendo una gran autoridad, arrastraron a gran número de operadores; lo cual nos demuestra que en aquella época, en este procedimiento, con ser tan malo, se equilibraban más o menos las ventajas con las del método de extracción.

¿Cómo en tales circunstancias y hoy en ciertos casos rebeldes de conjuntivitis se disminuye la posibilidad de los fracasos? Haciendo que la herida sea lo menor posible, por lo que proponen algunos emplear entonces el método de la reclinación. Es decir, que venimos siempre a parar a lo mismo; ni hay ningún procedimiento ni tan excesivamente bueno que deba practicarse siempre ni tan malo que no pueda estar indicado alguna vez.



Y dicho esto, tratemos ya exclusivamente del método de extracción. Este, comparado con justicia por Hirschberg (1) a la invención de la imprenta en la historia de la civilización humana, fué ideado por el famoso Daviel.

(El conferenciante hace la presentación en el aparato de proyecciones de la «veraefigie» de Daviel, según un grabado de la época (tomado de la obra del profesor Hirschberg), y a continuación proyecta igualmente otro grabado representando a De Graefe y otro a Cheselden (figuras 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup>).

El francés Daviel, ideando la extracción de la catarata, lo mismo que el alemán De Graefe la iridectomía antiglaucomatosa y el inglés Cheselden la papila arti-



Fig. 1.<sup>a</sup>—El francés Daviel (de la obra de Hirschberg), inventor de la extracción de la catarata.

ficial, han salvado a infinitos seres de la ceguera. Pertenecen a los más grandes bienhechores de la humanidad. Estos no tienen patria. ¡Su patria es el mundo!

Mas volvamos a Daviel el cual, a su vez, no hubiera podido hacer su trascendental descubrimiento si este no hubiese sido precedido por otro: el del verdadero asiento de la catarata por Brisseau y Mattre-Jan a principios del siglo XVIII.

Al llegar aquí dejemos la palabra al ilustre Hirschberg (loc. cit.), de cuya obra magistral extractamos o copiamos algo de lo referente a este punto:

(1) *La renaissance de l'Ophtalmologie*, París, 1909, pag. 81 (traducción francesa de Van Duyse).

«En todas las grandes luchas los protagonistas han caído mucho tiempo antes de la victoria decisiva. Aquí ha ocurrido lo mismo.»

«Gentile da Foligno (profesor en Bolonia, Padua, Perugia, muerto en esta villa en 1348) había dicho con voz de profeta en medio del caos de la Edad Media; «Los antiguos han disputado siempre sobre la cuestión del asiento de la catarata, y es extraño que nadie haya pensado en decidir esta cuestión por la disección de un ojo cataratado» (1). Trescientos años habían de transcurrir antes de que esta proposición fuese demostrada.»

«Según Rolfinck, de Jena (1656) confirma éste la doctrina del cirujano de París, Quarré, el cual habría

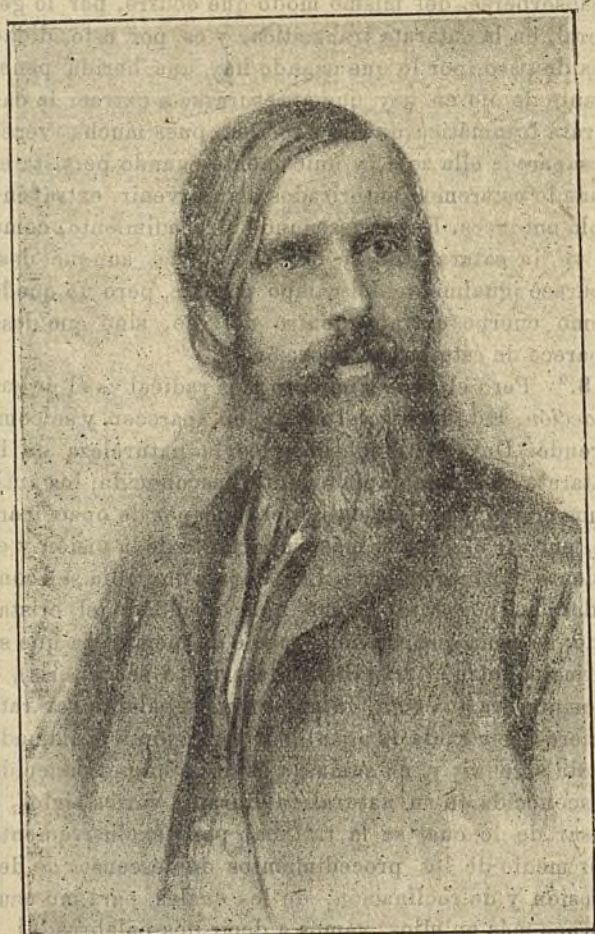


Fig. 2.<sup>a</sup>—El alemán de Graefe (de un grabado de la época), inventor de la iridectomía en el glaucoma.

comprobado por dos veces en ojos de cadáveres humanos que el sitio de la catarata era el cristalino mismo. Parece ser que Lasnier, compatriota y colega de Quarré, compartiría con éste la gloria del descubrimiento.»

Pero, en realidad, todo esto había sido olvidado, y a fines del siglo XVII ya nadie hablaba de ello. «Para

(1) «No recuerda esto también aquella interminable y famosa discusión de los sabios—no sé si de Salamanca—acerca de la incombustibilidad de la salamandra en vez de decidirlo de una vez arrojando al fuego al animal?»





practicar una brecha decisiva en los dogmas tan bien defendidos de Galeno y hacer triunfar la verdad nueva era preciso un ataque más enérgico, una lucha más



Fig. 3.—El inglés Cheselden (según Hirschberg), inventor de la pupila artificial.

audaz y más apasionada.» «Un joven médico francés, Michel Brisseau; debía emprenderla victoriosamente.»

(Se continuará)

## Nuevo procedimiento de desinfección

POR EL

DOCTOR FRANCISCO VALENZUELA

Vocal jefe del servicio de desinfección de Mejico

La desinfección ocupa el primer lugar en los servicios de higiene de las principales ciudades del mundo; las autoridades sanitarias consideran la destrucción de los gérmenes patógenos como la única base racional de toda profilaxia, y desde la antigüedad más remota hasta nuestros días se han venido ejecutando prácticas conducentes al mismo fin; pues si bien es cierto que las primeras eran del todo empíricas como la historia refiere que Hipócrates hacía encender durante la peste de Atenas grandes hogueras en los crueros de las calles de la ciudad; Empédocles de Agrigento combatió las epidemias por medio de hogueras

mágicas en las cuales quemaba maderas aromáticas; Galeno y Empírico preferían las fumigaciones de azufre para combatir las enfermedades epidémicas.

Los egipcios sin explicarse la relación de la causa al efecto, utilizaban ventajosamente, como purificador de la atmosfera productos de destilación de las maderas.

No todas las prácticas eran regidas por criterios observadores, y estas fueron sustituidas por creencias fantásticas que, sin fundamento alguno, ejecutaban profusamente; tales eran las preferidas por los romanos, que con ceremonias llamadas «Lactisternos» trataban de aplacar la cólera de los dioses irritados; tales prácticas consistían en banquetes y orgías ofrecidas a la divinidad en épocas de epidemia.

La observación estableció la seguridad del contagio de las enfermedades epidémicas, y San Carlos Borromeo en el 5.º concilio provincial de Milán, el año de 1579, decretó el aislamiento perfecto de los enfermos, el aseo y la limpieza de todos los objetos usados por ellos.

Pringle en 1750 inició la designación de las sustancias sépticas y antisépticas, entre las cuales señala el cloruro de sodio, como poderoso elemento para la conservación de las sustancias orgánicas.

Siguiendo las diversas épocas de la historia de la humanidad, veremos sucederse a Pringle, a Guyton de Morveau a Callet y Gardet, a Serullas, a Runge y Boinet, que, empleando, el cloro el fenol y el yodo respectivamente, combatieron las enfermedades consideradas como infecciosas de forma epidémica y de fácil propagación; pero sus prácticas eran empíricas sin relación de causa a efectos.

Es preciso llegar a la época de los notables trabajos de Pasteur y de sus discípulos para que las causas se determinen y las prácticas de desinfección tengan fundamento racional y científico; son numerosos los procedimientos empleados y su aplicación está indicada por el efecto que producen, pues hay entre ellos algunos que son poderosos germicidas y muy débiles insecticidas, y otros que como desodorantes prestan grandes servicios, y su poder germicida e insecticida es nulo; tales consideraciones confirman la conclusión que el profesor Chassevant expresó en la conferencia popular sobre el saneamiento y salubridad de la habitación, que tuvo lugar en Génova en 8 de septiembre de 1906.

«La desinfección no debe ser ejecutada como un rito, ni ser aplicada uniforme e indistintamente de igual manera en todos los casos, pues una desinfección mal practicada da una seguridad engañosa, cuyos peligros son considerables.»

Tales consideraciones, que con todo respeto expongo a esta H. Corporación, tienden a encausar debidamente las prácticas del servicio de mi cargo, a fin de que éstas tengan una base racional y científica y estén a la altura de los adelantos de la higiene, procurando que este servicio, que es sin duda alguna de gran importancia, dé prestigio y confianza al Departamento de Salubridad Pública.



Siguiendo los preceptos de Chassevant se debe:

1.º Atender la naturaleza de la enfermedad que se combate con un agente indicado para ello, es decir, aplicar las sustancias germicidas siempre que sea necesario combatir los microorganismos específicos de las enfermedades transmisibles, haciendo uso de insecticidas cuando convenga destruir insectos que, como vehículos transmisores, desempeñan su papel en la propagación de las enfermedades, y emplear desodorantes cuando estén indicados.

2.º Emplear sustancias de mayor eficacia, cuyos resultados estén debidamente comprobados y que a la vez sean económicos y de fácil manejo.

3.º Vigilar que las prácticas sean ejecutadas con todos los cuidados que tal servicio requiere por personal competente, para lo cual es necesario hacer la selección de éste, pues dichas prácticas de desinfección, debidamente ejecutadas, no son tan sencillas como a primera vista parece.

Voy a ocuparme, desde luego, de una sustancia que en la actualidad es considerada como un poderoso germicida y satisface las necesidades de un buen desinfectante.

La formaldehído  $\text{CH}_2\text{O}$  conocido con el nombre de aldehído fórmico, aldehído metílico, formol, formalina, metanal; es un cuerpo gaseoso a la temperatura ordinaria, incoloro y posee un olor especial extremadamente irritante, es soluble en el agua y en el alcohol metílico.

La solución de formol o formolina del comercio está constituida por paraformaldehído, cuerpo polimérico de la formalina de fórmula  $\frac{\text{CH}_2\text{O}}{\text{CH}_2\text{O}}$  que contiene

un 40 por 100 de aldehído fórmico; esta sustancia se obtiene químicamente sometiendo los vapores del alcohol metílico a la acción de un alambre de platino calentado al rojo; estos vapores se oxidan al contacto del aire y producen aldehído fórmico, según fórmula  $\text{CH}_3 + \text{O} = \text{CH}_2\text{O} + \text{H}_2\text{O}$ .

La formalina se combina con un gran número de cuerpos, principalmente el amoníaco y sus compuestos; forma con las materias albuminoides combinaciones insolubles, no asimilables; coagula la albúmina formando una masa transparente, gelatinosa; impide la putrefacción y fermentación de las materias de los líquidos orgánicos, la leche y los líquidos fermentescibles, como el mosto de cerveza; no sufren ninguna alteración durante varios días, las carnes en una solución de formol se conservan indefinidamente.

Trillat demostró las propiedades antisépticas de la formaldehído en 1888, y fué el primero que preconizó su empleo en la desinfección; este autor expuso en la Academia de Ciencias los resultados de sus experimentos sobre diferentes microorganismos, considerándole superior al sublimado corrosivo, cuyas propiedades eran consideradas en aquel tiempo como de gran valor antiséptico.

Trillat considera bastante una solución de  $1 \times 25.000$  de formaldehído para impedir la putrefacción del cal-

do de cultivo, el cual entra en putrefacción a las veinticuatro horas con una proporción igual de bicloruro de mercurio; los cultivos de bacilos anthracis mueren con la solución de formaldehído la concentración mencionada; en aguas de albañal conteniendo 1.800.000 bacterias por centímetro cúbico, se ha comprobado que la solución de aldehído fórmico, al 1 por 100 mata los gérmenes después de un corto tiempo; los experimentos de Aronson en los cultivos de la difteria demuestran son esterilizados por completo al cabo de diez minutos con una solución de formaldehído al 1 por 400, el *staphylococcus pyogenus aureus*, el *estreptococcus*, el *bacillus coli pyocianico* y el de Eberth, han sido destruidos por Schmidt en caldos sembrados con estos bacilos en una solución de formaldehído al  $1 \times 20.000$ .

Los vapores de formaldehído tienen un poder desinfectante muy superior a todos los demás desinfectantes que se conocen; tienen una densidad sensiblemente igual a la del aire y son mucho más diferentes que los vapores de anhídrido sulfuroso, siendo preciso que los lugares que se desinfecten con formaldehído estén herméticamente cerrados.

Berlioz y Trillat han demostrado la acción microbicida de los vapores del formol, y han comprobado también que los vapores que se desprenden de una solución al 10 por 100 bastan para impedir el desarrollo de los bacilos de la putrefacción; igual resultado han obtenido con los bacilos coli de Eberth, y bacilo carbuncoso en trozos de tela contaminados de ese cultivo, haciendo llegar a ellos una corriente de aire que ha atravesado previamente una solución de formol al  $5 \times$  por 100, el bacilo carbuncoso muere a los veinte minutos, el tífico a los veinticinco y el trozo de tela impregnado de bacilos de Eberth no da ningún cultivo al sembrarse en caldo esterilizado.

En 1894, Phsliph sometió a la acción de los vapores de formaldehído cultivos de bacilos de cólera, de fiebre tifoidea, de carbunco impregnando seda con vapores de este bactericida, dichos bacilos murieron al cabo de dos o tres días.

Miquel en 1894 y 1895, estudió la acción antiséptica de los vapores de la formaldehído sobre los polvos en suspensión de la atmósfera de una habitación, y de sus numerosos experimentos concluyó: el vapor del formaldehído tiene una acción bactericida extremadamente enérgica.

Perdrix, de Marsella en 1906, ha estudiado la influencia de la temperatura de los vapores de la formaldehído en su poder germicida; según este autor, a la temperatura de 100 grados aumenta considerablemente su poder antiséptico por su tensión de transformación; a la acción del calor, mal soportada por muchos gérmenes, vendrá a añadirse la acción antiséptica del aldehído, tanto más enérgica cuanto mayor sea su proporción.

Perdrix ha comprobado que la penetración de gas es extremadamente rápida, tanto en el algodón y en la seda, como en la lana y en la profundidad de las telas; siendo de gran importancia que la formaldehído no



altere en forma alguna los colores más delicados de éstas.

Su toxicidad muy débil, según Aronson la dosis mortal de formaldehida en un cuerpo, es de 24 centigramos por kilo de animal en inyección subcutánea y en el cuyo viene a ser de 53 a 66 centigramos por kilo; los vapores de formol no son tóxicos, sino cuando se le son respirados durante varias horas en gran cantidad.

Walter, de sus experimentos con la formaldehida, ha obtenido las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La formalina a la solución de 10.000 detiene el desarrollo del bacilo carbonoso, y colérico del bacilo tífico, del staphilococu.

2.<sup>a</sup> La solución de formalina al 10 por 100 mata los cultivos de microorganismos patógenos en el término de una hora, su acción es más rápida en una solución de alcohol.

3.<sup>a</sup> Pulverizaciones de formaldehida desinfectan completamente las telas artificialmente contaminadas por cultivos virulentos; a las veinticuatro horas las pieles y las telas se encuentran completamente desinfectadas sin sufrir alteración ninguna.

4.<sup>a</sup> Una solución de formol al 1 por 1000, desodoriza convenientemente las materias fecales; al 10 por 100 las esteriliza en diez minutos.

La aldehida fórmica, posee un gran valor bactericida, es el más eficaz de los desinfectantes gaseosos; pues tienen las ventajas de ser más definida que el anhídrido sulfuroso; numerosos experimentos recientes han demostrado que los vapores de formaldehida, permiten realizar satisfactoriamente, de una manera absoluta la esterilidad en profundidades. Las telas no son deterioradas ni en su constitución ni en sus colores, no ejerce ninguna acción sobre los metales.

La acción de la formaldehida como insecticida es muy débil. (Coreil-Derille).

Es indiscutible la eficacia que como germicida tiene la formaldehida, y su empleo se ha generalizado en todos los servicios de desinfección, el problema que en la actualidad se impone es el económico para su preparación; pues para un servicio público resultaría muy gravoso el procedimiento de aparatos cualesquiera que fueren; el procedimiento que establecí hace cinco años, aproximadamente, por medio de la oxidación de la formalina con permanganato de potasio, actualmente es imposible practicarse por el excesivo precio de esta substancia; sin embargo, se recurre preferentemente al procedimiento de formaldehida que al anhídrido sulfuroso, en primer lugar por su indiscutible poder germicida; en segundo porque son altamente defectuosos los medios de que los empleados se valen para la combustión del azufre, haciendo un desperdicio considerable de éste las más veces una desinfección engañosa.

A fin de poder facilitar la desinfección por medio de la formaldehida, me permito proponer a esa Superioridad el procedimiento siguiente, que reúne a la economía, a la eficacia y el fácil manejo.

Este procedimiento consiste en oxidar por medio de la cal sodada la formalina del comercio al 40 por 100. La reacción se verifica en esta forma:

(Se concluirá.)

## Bibliografía

*La Psicoterapia del Médico Práctico*, por el doctor D. Rafael del Valle y Antabalde, médico del Hospital General.—Un tomo en 8.<sup>o</sup>, de 164 páginas.—Editorial «Saturnino Calleja». Madrid, 1920.

Dos fines, dice el autor en su prólogo, se ha propuesto al escribir esta obra: dar a conocer los progresos realizados recientemente por la psicoterapia y las orientaciones modernas psicoterápicas y consignar las enseñanzas que en el dominio de la terapéutica psiquiátrica le ha proporcionado el ejercicio profesional durante los muchos años dedicados al estudio de esta especialidad.

Que el doctor Valle ha logrado su objeto casi es inútil decirlo, pues los que conocen los trabajos del eminente médico del Hospital General de Madrid saben muy bien que, pese a su modestia, reúne a sus conocimientos profundos en psicoterapia un espíritu clínico de primer orden, y que, además, es uno de los escritores médicos de más mérito.

*La Psicoterapia del Médico Práctico* está dividida en tres partes: La primera trata del médico, del ambiente psíquico y del enfermo, nociones previas de gran utilidad y necesarias para el estudio de la psiquiatría propiamente dicha. La segunda estudia los distintos procedimientos psicoterápicos (persuasión, sugestión, hipnotismo, psicoanálisis, reeducación, reposo y sueño, trabajo, aislamiento y sanatorios. La tercera parte está dedicada a las aplicaciones de la psicoterapia, no sólo en las enfermedades corrientes, sino en las nerviosas y mentales. Esta parte es la más importante de la obra, y en ella revela el doctor Valle sus profundos conocimientos en psiquiatría.

Este ligero resumen basta para demostrar que la obra de que nos ocupamos, aunque poco extensa, es completa y de una utilidad innegable, no sólo para el alienista, sino principalmente para el médico no especializado en esta rama de la Medicina, tan poco cultivada hasta hace poco tiempo en España.

El estilo, sencillo y claro, ha permitido al doctor Valle tratar en pocas páginas un asunto tan extenso como es la psiquiatría. Lo ha conseguido, haciendo caso omiso de las disquisiciones teóricas y bibliográficas y estudiándole sólo desde el punto de vista clínico. Puede, pues, decirse que nada hay en esta obra que falte, ni nada echará de menos en ella el práctico más exigente.

Nuestra sincera felicitación al doctor Valle por la publicación de una obra que honra, no sólo a su autor, sino a la Medicina patria, y que creemos figurará en la biblioteca de todo médico que desee saber cómo deben ser tratadas las afecciones psíquicas.

FEDERICO TOLEDO



## Periódicos médicos

### OBSTETRICIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**I. La anestesia en obstetricia.**—La anestesia, dice el doctor P. Appleton, tiene en obstetricia ventajas grandísimas, reconocidas por todos los tocólogos. Pero no hay ningún anestésico que reúna todos los requisitos necesarios, y algunos deben ser desechados en absoluto.

El éter etílico calma el dolor; pero cuando se calma por completo hay relajación muscular total, lo que en obstetricia equivale a la suspensión de las contracciones uterinas. Este anestésico se absorbe con poca rapidez por los alveolos pulmonares y se elimina con lentitud por los riñones. Dificulta en alto grado la respiración del feto, y no conviene, por lo tanto, prolongar su empleo, porque la criatura suele nacer anestesiada y es difícil reanimarla. Además es un irritante de los riñones, y está contraindicado en absoluto cuando la madre padece una enfermedad renal orgánica y en las formas graves de toxemia. En muchos casos produce náuseas y vómitos.

El cloroformo se absorbe con mayor facilidad y se elimina con más rapidez que el éter; así que es preferible para la anestesia intermitente; se toma mejor y casi nunca produce náuseas ni vómitos. Pero como la margen de seguridad entre el período de anestesia y la parálisis respiratoria es muy pequeña, la administración de este anestésico sólo debe encomendarse a una persona perita. El cloroformo es peligroso para la madre y para el hijo, y el peligro es lo suficientemente grande para contraindicar su uso.

El óxido nitroso calma el dolor sin disminuir la fuerza de las contracciones uterinas. Las investigaciones experimentales prueban que este gas excita las contracciones de los músculos lisos, y que, por tanto, aumenta la actividad del útero y acelera el parto. Combinado con aire o mejor con oxígeno puro, puede administrarse de una manera continua o intermitente durante mucho tiempo, sin perjuicio para la madre y para el hijo. Puede emplearse desde el primer dolor del primer período del parto hasta el último del segundo. Es útil para la reparación inmediata del periné, para el desprendimiento manual, o para la maniobra de Credé, en los casos de adherencia placentaria y para operaciones más duraderas como la versión.

La morfina, la escopolamina, el cloral y los medicamentos de igual naturaleza sólo se han empleado en combinación. Tienen una gran desventaja: su absorción y eliminación es insegura. No sirven como anestésicos. Producen un efecto anodino transitorio cuando el parto es lento y la enferma está extenuada, en cuyo caso el alivio temporal la permite recobrar las fuerzas.

Cree el doctor Appleton que el óxido nitroso, ad-

ministrado en combinación con aire y completado con oxígeno, en ciertos casos hace indoloro por completo el parto en el 99 por 100 de los casos. Sus ventajas son innegables.—*Boston Medical and Surgical Journal.*—F. Toledo.

### MEDICINA INTERNA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**I. Sobre el enigma de las tuberculinas, por el doctor H. Much.**—Las leyes de los antígenos parciales no sólo tienen aplicación a los esquizomicetos, sino también a todos los productos engendrados por la enfermedad (células cancerosas, etc.) y, además, a todas las mezclas complejas de tejidos y de fuerzas. El terreno de estas leyes es tanto más extenso cuanto que no se limita a la inmunidad específica, sino que comprende también la no específica. Los partígenos o antígenos parciales de la tuberculosis no representan sino una parte muy pequeña de su extensión total. Tratando por un ácido una mezcla compleja de sustancias, como es el cultivo de los bacilos tuberculosos, se tienen dos porciones, una soluble en el agua y otra que no lo es (residuo). Cada una de estas porciones constituye un partígeno. Pero el residuo puede, a su vez, dividirse en albúminas, lipoides y grasas neutras, y de aquí resultan cuatro partígenos, que son por sus reacciones, así como biológicamente, completamente independientes. En el caso particular del bacilo tuberculoso se denomina L al partígeno soluble, que es la tuberculina pura. El residuo R se descompone en albúmina, A; lipoides de ácidos grasos, F; grasas neutras, alcohol graso, N. Estos cuatro partígenos provocan en el hombre manifestaciones locales o generales, pero se diferencian por tres motivos. 1.º Las infiltraciones a que dan lugar se diferencian por la especie y la cantidad de las células. 2.º La hipersensibilidad para L (tuberculina constituida por el partígeno) puede desaparecer con repetidas inyecciones de L, pero no así la hipersensibilidad para los partígenos del residuo. La hipersensibilidad para la tuberculina pura es una hipersensibilidad antitóxica; la hipersensibilidad para los antígenos parciales del residuo es una hipersensibilidad para los amboceptores. 3.º Los cobayas tuberculosos mueren por la inyección de L, pero no por la inyección del residuo. La tuberculina del comercio se comporta como L, lo cual quiere decir que en la tuberculina del comercio se encuentra L; pero también se encuentran algunos otros partígenos, es decir que es una mezcla. De aquí se deduce que cada uno de los antígenos parciales del bacilo tuberculoso, que químicamente son diferentes, provoca una reacción *per se*; pero estas reacciones que clínicamente son idénticas, no lo son biológicamente. Son específicas, si bien no se puede admitir que cada una de ellas dependa de una sola causa. Todas ellas son expresión de una inmunidad de las células, y ninguna se puede transmitir pasivamente. De suerte que no es una reacción a la



tuberculina la que se obtiene con un componente cualquiera del bacilo tuberculoso; la reacción a la tuberculina solo depende de un componente, el que es soluble en el agua. La primera ley de los partígenos dice: «Todo agente infeccioso puede escindirse en diversas sustancias parciales, que biológicamente son del todo independientes las unas de las otras (antígenos parciales), y cada antígeno parcial tiene anticuerpo parcial.» Segunda ley: «Provocar la reacción con la mezcla es hacer un examen insuficiente, porque, en caso de que efectivamente se presente la reacción, puede deberse sólo a uno u otro de los partígenos, y la inmunidad sólo existe cuando hay anticuerpos para todos. De manera que para determinar la existencia de la inmunidad total no se puede emplear los agentes infecciosos completos, sino que hay que recurrir a los antígenos parciales.» Tercera ley: «El examen con los agentes infecciosos totales es además insuficiente, porque, en caso de que falte la reacción, esto no quiere decir que no haya defensa ninguna (anticuerpos parciales); si se hace luego la prueba con los antígenos parciales resulta que hay reacción fuerte para uno o para otro, siendo así que la reacción para la mezcla era totalmente negativa. Es ley de la activación por la división; en la mezcla los antígenos pueden actuar uno sobre otro hasta el punto de debilitar mutuamente su acción; dividiéndolos, su acción vuelve a ponerse de manifiesto.» De aquí se deduce que la falta de reacción a la tuberculina antigua no atestigua en modo alguno la carencia total de anticuerpos; descomponiéndola por dialisis tal vez se obtenga con una de las partes resultantes una reacción muy violenta. Por tanto, todas las conclusiones sacadas de los resultados negativos de las reacciones a la tuberculina hay que revisarlas con la tuberculina pura, que ya no se puede descomponer en otras más sencillas. El tratamiento por las tuberculinas tiene que ser insuficiente, primero, por su composición química; aparte de los tres partígenos residuales contiene un veneno especial (la tuberculina pura L) y una sustancia aromática. Además, en la tuberculina antigua hay otros componentes no específicos, que proceden del caldo glicerinado en que se cultivan los bacilos. Todos estos componentes provocan reacción en el hombre, pero se diferencian por la especie y el modo de ser de la reacción. Aquí está en su lugar la cuarta ley de los antígenos, que dice: «Las reacciones a los diferentes antígenos no se diferencian sólo por su modo de ser, sino también por su significación. Las hay favorables y perjudiciales. En el caso del bacilo tuberculoso la reacción contra los partígenos residuales es favorable; la reacción contra el partígeno soluble L es desfavorable. La reacción a la tuberculina pura depende de una hipersensibilidad para la toxina (perjudicial); la reacción a los partígenos residuales depende de una hipersensibilidad a los cuerpos inmunizantes (favorable).» Se diferencian los antígenos, además, en que por el tratamiento con el primero se disminuye la hipersensibilidad y con el segundo se aumenta. Hay dos procedimientos fundamentalmente opuestos para

el tratamiento por los antígenos: uno consiste en comenzar por dosis pequeñas y muy despacio; tiene por objeto hacer al cuerpo inmune de manera que resista sin reaccionar dosis de tuberculina a las que antes reaccionaba violentamente. Este método se llama inmunizante, expresión que estaría justificada si se produjese la insensibilidad por inmunización contra el veneno. El otro procedimiento es el anafilactizante. No emplea las toxinas que llevan disueltas las tuberculinas, sino los demás antígenos parciales; parte de la idea fundamental de que la inmunización por la tuberculina es exclusivamente una inmunización debida a cuerpos inmunes (amboceptores), y partiendo de esta idea sería descabellado pretender anular la reactividad, es decir, la inmunidad del organismo. Por este motivo las dosis que se dan son sumamente pequeñas. Para hacer una tuberculinoterapia cuando se posee la tuberculina pura se comienza por investigar cómo responde a ella el organismo; en caso de que reaccione, es que hay hipersensibilidad a la toxina, y, por tanto, debe tratarse por dosis crecientes de tuberculina pura para hacer desaparecer esta hipersensibilidad, llegando así a crear un estado que Hayek ha llamado anergia positiva. Esta expresión es, desgraciadamente, un contradictorio, pero en realidad Hayek tiene razón. Cuando las tuberculinas del comercio eran útiles es porque estaba excluida en el organismo tratado la hipersensibilidad tóxica y porque la tuberculina contenía todos los antígenos parciales en condiciones de originar anticuerpos; pero en la mayoría de los casos las tuberculinas no eran útiles, y es por que no tenían todos los antígenos en forma utilizable.

Por lo que se refiere al tratamiento de la enfermedad por los partígenos, debe comenzarse inyectando los tres partígenos R, dejando aparte por lo pronto el partígeno L, porque si se emplea juntamente con los otros trastorna la producción de cuerpos inmunizantes. De esta manera los cuerpos inmunizantes aumentan y la hipersensibilidad para la toxina disminuye por sí misma. Si con esto no basta, se suprime el tratamiento por los partígenos R y se instituye el tratamiento por el partígeno L, hasta que desaparezca en absoluto la hipersensibilidad tóxica. Una vez conseguido este propósito se vuelve a hacer el tratamiento por los partígenos R. El buen resultado clínico va siempre acompañado de aumento de los anticuerpos R; de aquí la regla de que sin mejoría del estado de inmunidad no hay curación posible. Se puede contribuir también a mejorar el estado de inmunidad por medios no específicos, como son el sol, el clima y el aire de las alturas, los rayos X, la cura higiénico-dietética, quimioterapia, ortopedia, cirugía, etc. Después de cada tratamiento se ensayará el estado de la inmunidad con los partígenos, y si resultase que no mejoraba, se cambiará de procedimiento. —(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 29 de julio de 1920.)



## APARATO CIRCULATORIO EN LENGUA ESPAÑOLA

1. El número 5 de los *Archivos de Cardiología y Hematología*, correspondiente a los meses de septiembre y octubre, aparecido hace varios días, contiene un trabajo del doctor Enríquez de Salamanca, sobre «La diferencia Pachón-Riva Rocci». Las cifras que se obtienen midiendo la presión sistólica, según el método oscilométrico, son más elevadas que las que resultan cuando se emplea el de Riva Rocci. Para el autor, la cifra normal con este último es de 12. Con el Pachón la cifra máxima es de 15. Cuál de estas dos cifras es la más exacta, es el tema de eterna discusión entre los partidarios de uno y otro método. En esta diferencia influyen muchas condiciones que estudia Salamanca detenidamente, afirmando que la hipertonicidad o la rigidez arteriales, contribuyendo a que el decolapso sistólico se haga más de un golpe, tiende a borrar o aminorar la diferencia Pachón-Riva Rocci. La diferencia siempre se produce a expensas de la cifra oscilométrica, que da una sobreestimación engañosa.

El profesor Pittaluga publica también en este número de los *Archivos* un notable artículo sobre «Hemopatías y glándulas de secreción interna».

Y, finalmente, los doctores Criado y Padilla, de la Clínica de Patología general del profesor Novea Santos, publican otro trabajo «Sobre las variaciones leucocitarias a los cambios de actitud»; en contra de la afirmación de Hasselbach y Heyerdahl, los autores han encontrado constantemente *hiperleucocitosis ortostática* en la sangre de los pequeños vasos periféricos, *hiperleucocitosis* que también se ha demostrado en la sangre extraída directamente por punción venosa. Los autores consideran las variaciones leucocitarias que sobrevienen por el hecho de cambiar de actitud, como manifestación de una reacción particular de los órganos leucopoyéticos, condicionada por influencias de índole nerviosa. Las 29 notas bibliográficas referentes a temas de corazón y vasos y las 30 de los de sangre, que completan el número del cual damos cuenta, junto con la revista del libro de Lemis, sobre «El mecanismo y registro gráficos del latido cardíaco», son tan detalladas y escogidas como las de los números anteriores.—E. Luengo.

## TERAPEUTICA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Toxicidad comparada de la química cuando se administra en solución fisiológica y en solución oleosa, en los músculos y en las venas del perro, por Mouziols y Castel.—De las experiencias llevadas a cabo por los autores, se deduce, que la solución de química en aceite es más tóxica que la solución en suero fisiológico; esta diferencia de toxicidad, poco marcada cuando la inyección se practica por la vía intramuscular, llega hasta el doble cuando se admi-

nistran las soluciones por vía intravenosa.—(*Compt. Rend. de la Soc. de Biologie*, núm. 24, 10 julio 1920.—E. Luengo.

2. La opoterapia esplénica en la tuberculosis.—**Aplicación del tratamiento según las diferentes formas, por el doctor Bayle.**—Este nuevo método de tratamiento de la tuberculosis, fué dado a conocer por Bayle en 1906, en una comunicación a la Academia de Medicina y parece ser que cuenta cada día con más adeptos. Los cobayas tuberculizados experimentalmente, sometidos al tratamiento opoterápico esplénico, sobreviven o tardan más en morir que los cobayas testigos y presentan, aún los que mueren, una zona de tejido fibroso alrededor de las lesiones, que nunca se observa en los animales testigos, y que indica claramente la intensidad de la defensa en los primeros. Para la administración de la opoterapia esplénica, puede utilizarse la vía hipodérmica o la vía bucal, o ambas a la vez. Bayle emplea un extracto de bazo de cerdo, que contiene una parte de órgano por dos de suero artificial cuando se trate de la vía hipodérmica (coloidogencia inyectable) y se prepara en ampollas de 5 c. c. Para la vía bucal, utiliza un jarabe que contenga 25 gramos de órgano en cada cucharada (jarabe de coloidohenina). En la tuberculosis ganglionar de los niños, se administrará el jarabe a la dosis siguiente: dos años, una cucharada de las de café en un poco de agua los cuatro primeros días de cada semana; tres años, dos cucharadas; cuatro a seis años, una cucharada grande; seis a ocho años, dos cucharadas grandes; ocho a doce años, tres cucharadas grandes. Estas dosis se administrarán durante la comida, o mejor después, siendo preferible dividir las para tomarlas en varias veces durante el día. Las mismas dosis convienen a los estados anémicos. En la tuberculosis pulmonar u ósteo-articular del niño, se dará el jarabe esplénico, a las mismas dosis indicadas, añadiendo una o dos inyecciones por semana de colvidogenina inyectable hasta los ocho años y tres hasta los doce. En los adultos se hará tratamiento durante periodos de veintidós días, separados por intervalos de reposo de ocho. Durante cada periodo de tratamiento se practicarán doce inyecciones, dejando dos días de descanso después de otros dos de inyección, o sea; se inyectará los dos primeros días, quinto y sexto, noveno y décimo, etc. Al mismo tiempo se darán todos los días dos cucharadas de jarabe después de cada comida. En las formas febriles se seguirá el mismo método, pero las inyecciones serán de diez c. c. (dos ampollas). La duración del tratamiento en general, varía con la localización de la tuberculosis; bastan unos dos o tres meses para la ganglionar y para el tumor blanco de codo o rodilla, pero se necesitan seis a ocho meses para una coxalgia, y un año, por lo menos, para el mal de Pott y para la tuberculosis pulmonar. Cuando ésta última está complicada con un embarazo, los resultados son notables debiendo aplicarse el tratamiento durante todo el embarazo y por lo menos uno o dos meses des-



pués del parto. En los ganglios supurados, los resultados de la opoterapia esplénica no son tan rápidos como en los que no han supurado, pero son también excelentes. Solamente en las formas graves de enteritis tuberculosa y en los casos de meningitis confirmada, es donde éste método terapéutico no parece ejercer ninguna acción.—(*Le Courrier Medical*, núm. 24-5 septiembre 1920).—*E. Luengo*.

**3. Las indicaciones y contraindicaciones de la helioterapia, por R. Le Fort y Cololian.**—Después de exponer las indicaciones de la helioterapia en opinión de los médicos del pasado, los autores estudian las que actualmente pueden establecerse, desde que este tratamiento ha sido objeto de un estudio metódico y con mayor base científica. Aunque algunos autores estiman lo contrario, en realidad el número de contraindicaciones absolutas de la helioterapia, es bastante elevado. Entre ellas se cuentan todas las afecciones febriles agudas y hasta las irónicas o de larga evolución; asimismo, está contraindicada la helioterapia en las afecciones pulmonares agudas, tuberculosis aguda, bronquitis u otra afección pulmonar acompañada o no de fiebre, porque la cura de sol determina la congestión de los órganos internos y, sobre todo, de los pulmones, originando hemoptisis, congestiones pulmonares; además acelera la respiración, que en los pulmones produce una disnea penosa; por otra parte, hay que vigilar el corazón, porque el sol no está exento de peligros para este órgano. En las cardiopatías, la helioterapia está igualmente contraindicada lo mismo que en las afecciones articulares agudas. Tampoco ejerce ninguna acción útil en las inflamaciones con colección purulenta (flemones, abscesos), en las afecciones óseas, periostitis y osteitis agudas, y su acción es nula sobre el foco de las fracturas. En las afecciones eraneales y cérvico-faciales, la contraindicación no es absoluta, dependiendo todo de la habilidad, de la atención y de la perspicacia del encargado de administrar los baños de sol, que deberá evitar la acción congestiva del sol sobre el resto de la cabeza. En las afecciones quirúrgicas abdominales, que exigen la inmovilidad rigurosa, tiene también ciertos riesgos la helioterapia. Las afecciones génito-urinarias no se benefician gran cosa con este tratamiento, excepto la orquitis bacilar. Las indicaciones de la helioterapia se resumen en estas dos indicaciones: acción microbicida y cicatrizante, por lo cual constituye una cura ideal y acción tonificante, siendo el tónico por excelencia. Por la primera es el mejor de los antisépticos para las heridas de guerra recientes, anfractuosas, sucias, infestadas, que no pueden suturarse de primera intención. Además la cura solar es estética, dejando cicatrices blandas nada deformes y nunca se desarrollan en ellas queloides. Puede, por tanto, ensayarse la extirpación de los queloides seguidas de curas solares. Naturalmente, que en las heridas lo primero es la intervención quirúrgica para practicar la limpieza mecánica de la misma, ligadura de los vasos, etc. Aun se hace sen-

tir más todavía la acción del sol en las heridas antiguas atómicas. Y en las heridas atómicas con fistulas óseas, tan frecuentes entre las heridas de guerra, fistulas que, por otra parte, no están siempre ligadas a la presencia de un secuestro o de un cuerpo extraño, sino que se observan también en los debilitados y pretuberculosos, curan muy bien con la helioterapia precisamente en este último caso, aunque también facilita la eliminación de los secuestros. Finalmente, la acción esclerógena del sol, es el mejor tratamiento de las osteitis y osteo-artritis tuberculosas con o sin fistulización. La acción tónica del sol, está determinada por la combinación de tres acciones distintas: acción estimulante de los fenómenos gastro-intestinales; acción tónica general y acción acción sedante del organismo. Aumenta el apetito y se aceleran las digestiones; en la hiperpesia desaparecen los dolores, y debería emplearse la helioterapia en todos los enfermos gastro-enterícos. Como tónico general el sol modifica favorablemente la sangre, dando excelentes resultados en la anemia simple, en las anemias orgánicas, miseria fisiológica, falta de nutrición, en las adenitis tuberculosas, en las tuberculosis cutáneas y en el raquitismo. Como sedante tiene aplicación el sol en la neurastenia y en algunos deprimidos melancólicos. Los trastornos tróficos sufren también modificaciones favorables.—(*L'Echo Medical du Nord*, núm. 23, 4 septiembre 1920).—*E. Luengo*.

**4. Tratamiento de las artritis blenorragicas por el suero antigonocócico, por Laageron y Bocca.**—Los autores publican varias observaciones de artritis blenorragicas tratadas por el suero antigonocócico del Instituto Pasteur, preparado inyectando a caballos gónococos muertos por el alcohol-éter; la técnica del empleo del suero es muy sencilla; la dosis debe ser considerable: 190 a 200 c. c., repartidos en tres o cuatro inyecciones diarias de 40 a 60 c. c., son las dosis mínimas en los casos serios. En los benignos el mínimo será 100 c. c. La inyección se hace subcutánea o intramuscular. Los inconvenientes de este método son únicamente los que lleva consigo siempre el empleo del suero. Respecto a los resultados, el suero tiene siempre una acción manifiesta sobre el elemento dolor, que disminuye de una manera considerable y desaparece completamente casi siempre, y esto de un modo rápido, a los dos o tres días que siguen a la inyección. Sobre los fenómenos objetivos, hinchazón y fenómenos inflamatorios, la acción es más lenta; hacen falta dosis mayores y un tiempo más largo para lograr alguna mejoría. Sobre los fenómenos generales, fiebre, signos de infección, el suero tiene siempre una acción innegable. En los casos de marcha septicémica se nota con gran evidencia la eficacia de la seroterapia. La desaparición rápida de los fenómenos locales y generales permite practicar movimientos de las articulaciones a los cuatro o diez días después del tratamiento seroterápico, evitando la evolución hacia la anquilosis, a que tan frecuentemente conducen las artritis go-



nocóicas.—(*Lyon Chirurgical*, tomo XVII, núm. 3, mayo-junio 1920.)—*E. Luengo*.

## CIRUGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

#### 1. Anatomía quirúrgica y cirugía operatoria de los nervios del cuerpo tiroides, por H. Alamartine.—

Los nervios del cuerpo tiroides provienen a la vez del simpático cervical, sobre todo del ganglio superior, y del pneumogástrico, por intermedio del laríngeo externo. Estos nervios forman en la glándula dos pedículos nerviosos, uno superior, otro inferior, que en su origen son independientes de los pedículos vasculares, y que en contra de lo que dicen los clásicos, no siguen un trayecto paralelo a estos últimos. Los pedículos nerviosos se reúnen solamente con los vasculares en la vecindad inmediata de la glándula, y, por tanto, sólo a este nivel están constituidos los pedículos vasculonerviosos y se ofrecen a la intervención quirúrgica. Desde el punto de vista del valor fisiológico de estos nervios el estado actual de nuestros conocimientos es el siguiente: no se conocen con certeza los elementos secretores; los filetes simpáticos son vasoconstrictores; los laríngeos, vasodilatadores, pero dadas las numerosas anastomosis entre estos nervios, resulta que los pedículos nerviosos que se encuentran ya en contacto con la glándula están formados por filetes a la vez vasoconstrictores y vasodilatadores, con vasodilatadores casi exclusivamente en el pedículo superior. Como operación destinada a producir la hipofunción del tiroides, parece poco lógica la simpaticectomía, sin que esto sea prejuzgar nada de sus indicaciones en la terapéutica de la enfermedad de Basedow, en la cual obra, sin duda, por supresión de las fibras centripetas de acción refleja y no por una acción directa sobre la glándula. La única operación que obra directamente sobre el funcionamiento nervioso de la glándula es la sección con resección de los pedículos nerviosos, y principalmente del pedículo superior, sección que los datos anatómicos nos enseñan debe ser practicada al contacto mismo de la glándula. En la práctica estas secciones nerviosas no se hacen aisladamente, sino en conjunto con las ligaduras vasculares correspondientes; son verdaderas angioneurectomías. Actualmente las ligaduras de las arterias tiroideas para la enfermedad de Basedow no deben ser ya ligaduras simples, sino angioneurectómicas, sobre todo a nivel del pedículo superior. Los resultados obtenidos por este último procedimiento son particularmente eficaces y constantes. (*Pr. Bérard*).—(*Revue de Chirurgie*, 1920, núm. 5.)—*E. Luengo*.

2. De la ósteo-síntesis en el tratamiento del mal de Pott, por J. Calvé y M. Galland.—He aquí las conclusiones de estos autores: La columna vertebral anterior es un órgano de sustentación. El mal de Pott, lesión localizada en los cuerpos vertebrales, ataca principalmente a la función vertebral. La evolución

del mal de Pott modifica profundamente desde sus comienzos la estática vertebral; la lesión divide el raquis en dos segmentos que se disponen uno sobre otro en estado de equilibrio inestable al nivel de la articulación vértebro-vertebral que responde al foco. A este nivel las caras articulares superiores reposan sobre las puntas de las apófisis articulares subyacentes como el nivel de una balanza sobre el cuchillo que le soporta. Estas lesiones tuberculosas, bajo ciertas condiciones de higiene, y libres de las causas locales de agravación, curan totalmente en el niño. En el adulto no se obtiene la curación total, sino una mejoría compatible con la restauración parcial de la función. Esta curación total en el niño tiene lugar en un período de tiempo de tres a cinco años bajo la acción del tratamiento ortopédico clásico (decúbito lordosis) con un minimum de deformación. En el adulto, bajo la influencia del mismo tratamiento, la restauración parcial de la función está autorizada al cabo de dos años próximamente; pero las recaídas son frecuentes. La ósteo-síntesis practicada según los métodos de Albee (injerto largo) y de Hibbs, no parece susceptible de sustituir al tratamiento clásico en el niño. El injerto largo, practicado al principio de la evolución de las lesiones, parece inútil, siendo incapaz de contrabalancear la acción preponderante del peso del cuerpo; es perjudicial porque se opone a los procesos lentos y progresivos de las correcciones ortopédicas que se efectúan durante el curso del tratamiento clásico. La ósteo-síntesis en el niño es inútil después de la curación, puesto que la función somática está restablecida con tejido sano. La ósteo-síntesis en el adulto, bajo la forma de injerto largo, es una operación excelente al final del tratamiento clásico, como complemento de éste, obrando como una de seguridad. La ósteo-síntesis considerada en el niño desde un punto de vista nuevo bajo la forma de injerto corto, localizado exclusivamente en las vértebras lesionadas, parece deber ser un adyuvante útil y precoz del tratamiento clásico, teniendo por objeto bloquear la lesión sin oponerse a las correcciones ortopédicas ulteriores. El enfermo deberá permanecer acostado hasta la aparición de los signos radiográficos de la curación. Los autores proponen el mitado del desdoblamiento laminar con injerto, que comprende la sección en la base de las apófisis espinosas y el desdoblamiento de las láminas vertebrales, cuya cara externa se ve hacia afuera. Después se toma el injerto de la pierna izquierda, separando de la tibia un trozo de 15 a 18 mm. si el injerto es único, y dos o tres de un cm. si son varios, y se colocan en las superficies cruentas hechas anteriormente al separar las apófisis espinosas vertebrales.—(*Revue de Chirurgie*, núm. 5, 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

##### La unión de los médicos internos y practicantes.

De toda la vida es sabido, que una de las tachas que a nuestra profesión se señala como la más antigua, hasta por nosotros mismos, es la desunión y el excesivo individualismo de los médicos españoles. Hasta hace bien poco tiempo los Colegios Médicos, en nuestra patria, no tenían vida efectiva, casi no la tenían oficial y mucho menos práctica en lo referente a la defensa de los intereses de la clase. Hoy no podemos decir lo mismo y mañana diremos todo lo contrario si el rumbo que tomaron algunas plausibles iniciativas no se desvía de los cauces que la sana intención les ha trazado.

El nuevo Reglamento por que se rigen los Colegios, la Colegiación obligatoria, aunque a veces vulnerada, la Asamblea de Valencia dictando reglas para la creación de una federación de Colegios, todo el movimiento, en fin, cuya intensidad puede apreciarse de algún tiempo a esta parte en los artículos profesionales de nuestras revistas, hablan a la clase y a la opinión en general, de nuevas orientaciones en el desarrollo de la vida médica española, y a nosotros, puede que excesivamente optimistas, de una regeneración total y de un paso gigantesco en lo que se refiere al aspecto que de vida familiar tienen o deben tener reunidos los que trabajan por el progreso de una misma Ciencia y que convivir, olvidando la competencia, como camaradas.

El Colegio de Madrid, desde sus últimas elecciones, ha dado pruebas de inspirarse en deseos de mejora para la clase no dejando de aprovechar toda ocasión para cooperar a cualquiera labor, propia o extraña, que vaya encaminada a ello; y en su última sesión extraordinaria dió buen ejemplo acordando en primer término una trascendental mejora de local y acogiendo con gran entusiasmo la lectura de las bases aprobadas por la Asamblea de Valencia para la constitución de la Federación de Colegios Médicos.

Todas las noticias que llegan hasta nosotros

son de que análoga acogida se ha prestado al interesante asunto por la mayoría de los Colegios provinciales. ¡Quiera Dios que se llegue felizmente hasta el fin de la empresa!

.....

Cerrada ya nuestra edición recibimos las bases aprobadas en la Asamblea de Valencia. Como merecen un detenido estudio, dejamos para el próximo número su comentario.

.....

En una de las sesiones celebradas en la segunda decena del pasado noviembre por la Diputación de Madrid, el Sr. Pérez Toledo presentó una proposición que de ser aprobada por aquella corporación daría como resultado la admisión de nuevo de los practicantes en el Hospital provincial, con perjuicio de los alumnos de la Facultad para los que el número de plazas se reduciría. Ante la protesta que los estudiantes de todos los grupos de la Facultad de Medicina han opuesto a la referida proposición, la Diputación ha sometido su estudio a la comisión de personal, y hasta nosotros por lo menos, no ha llegado noticia alguna de que se haya tomado ninguna resolución definitiva en el asunto.

Sin prejuicio que nos incline de uno u otro lado, pretendemos estudiar la cuestión pesando los argumentos que practicantes e internos acumulan en pró y contra de la proposición del señor Pérez Toledo.

Los primeros alegan que son poseedores de un título que acredita estudios de medicina suficientes para atender las necesidades de los servicios que se les encomiendan; y los internos, que cubriéndose esas plazas por practicantes, se les priva de un procedimiento de enseñanza, el clínico, al que se da hoy la mayor importancia en los planes de estudio extranjeros y nacionales.

Estudiando los antecedentes de la cuestión es como se comprende la razón que asiste a unos, sin que esto suponga menosprecio al título dignísimo de los otros.



La índole de los servicios encomendados a estos auxiliares del profesorado médico de los Hospitales clínicos y algunos provinciales, requiere una independencia en la vida extraña a la del hospital y una sujeción la frecuencia de las guardias y número de horas del servicio, pocas veces compatibles con otras atenciones, a las que tienen que acudir por la escasez de retribución que a esos servicios se señala en los hospitales, los que en posesión de un título ya han definido su vida y aumentado el número de sus obligaciones económicas. Así pensaba la Diputación madrileña en 1889, cuando definitivamente acordó prescindir de los practicantes para tal servicio y encomendarlo a los alumnos de los cuatro últimos años de la Facultad.

Las razones que motivaron esta determinación se inspiraban en la desatención en que la mayor parte de los practicantes tenían los servicios para dedicarse a otros trabajos a que las necesidades de padres de familia les obligaban y poder dar mayor amplitud a la enseñanza clínica de los alumnos de Medicina.

En iguales razonamientos se basaban la Real orden de agosto de 1903, debida al conde de Romanones, en la que se prohíbe terminantemente que los practicantes desempeñen funciones de alumnos internos en los hospitales clínicos y provinciales de las ciudades donde haya Facultad, y, recientemente, la convocatoria para las plazas de practicantes del hospital de la Princesa en que también se les excluía.

Evidentemente los señores practicantes ven en esta actitud, mal visto, un atropello en sus derechos o un menosprecio al título de que son poseedores, sin tener en cuenta, primeramente, que en los hospitales provinciales de aquellas capitales en que no hay Universidad o en ella no se estudia la facultad de Medicina, tienen acceso libre para desempeñar estos cargos y que el principal de todos los argumentos que se emplean para excluirlos en el reducido número de los en que se les excluye, es el de no privar de un sistema útil de enseñanza a los estudiantes.

Así es como nosotros vemos el problema y como lo verán ellos mismos si dejan a un lado la suposición de que se menosprecian sus útiles trabajos y noble esfuerzo que al ejercer su profesión ponen en la mayor parte de los casos.

DECIO CARLAN

## Rectificando

A la Prensa Médica Española y en especial a los suscriptores de la desaparecida *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*.

Después de más de quince días de publicado y causando grandísimo asombro en nuestro ánimo, nos enteramos del escrito que firmado por los señores Espina y Capo, Toledo y de la Cueva, Valle y Aldabalde, Codina y Castellví, Sarabia y Pardo, Blanc y Fortacín y Salvat y Navarro, que se llaman *amigos entrañables* de nuestro difunto padre (q. e. p. d.), se insertó en las columnas de EL SIGLO MEDICO de 30 de octubre próximo pasado, en su página 834, en el que se alude desconsideradamente y se ofende en sus sentimientos más delicados a aquellos en quienes *antes que en nadie* tenía puestos todo su corazón y todas sus alegrías Rafael Ulecia y Cardona; es decir, su mujer y sus hijos.

El respeto y la amistad, que hasta hoy hemos tenido por esos señores, ha desaparecido completamente, como sanción a una conducta que no podrá aprobar quien sepa lo que es el cariño y la veneración que se debe a los padres.

En dicho escrito se comenta injustamente la venta de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, periódico de nuestra propiedad y que fué fundado por nuestro querido padre, como todos los médicos de España saben.

Si los ataques que en él se hacen fueran dirigidos a mí exclusivamente (que desempeñé el cargo de Secretario de Redacción, a propuesta de uno de los firmantes), no hubiera perdido el tiempo en defenderme y la única respuesta, a semejante actitud, hubiera sido el desprecio. Pero como la más atacada resulta nuestra madre, como hijo, salgo en su defensa, ya que desgraciadamente falta quien, sin duda, lo hubiera hecho mejor que yo, y esto y no otra cosa es lo que nos ha movido a coger la pluma para contestar como se merece el incalificable artículo ya citado.

Una vez hecha esta aclaración, vamos al asunto.

El prestigio del nombre que llevamos y la modesta posición que ocupamos, no lo debemos a la «Revista» antes al contrario, ésta es la que debió el nombre y auge de que llegó a gozar, al mismo que nos dió el ser, a nuestro inolvidable padre Rafael Ulecia y Cardona.

Nosotros hemos sostenido la «Revista», hasta donde nuestras fuerzas económicas han podido y aún algo más. Porque han de saber los señores Director y Redactores (aunque demasiado lo saben ellos) que la «Revista» desde que desapareció su fundador, su verdadera energía, su espíritu, el que la puso a la cabeza de las Revistas médicas, Rafael Ulecia y Cardona, iba cada día de mal en peor. ¿Y por qué? Porque la labor de la Junta de Redacción dejaba mucho que desear y ante la cual nuestra madre (entonces sin ninguno que pudiera ayudarla) no podía absolutamente nada, con



sus fuerzas de débil mujer; y aunque desconociendo como era natural estos asuntos, ella propuso repetidas veces que se introdujeran algunas reformas que modernizaran el periódico y que permitieran el acceso a él de las clases jóvenes, para que éstas con el ardor y las energías propias de la juventud, levantaran el ya decaído espíritu que se observaba en las páginas de nuestra «Revista». A todo esto hubo grandísima oposición y nuestra madre cedió ante el peso de la opinión de hombres que habían sido amigos de toda la vida y colaboradores de la obra de nuestro padre.

En vista de tales cosas y al comenzar el año 1919, nuestra madre nos hizo saber que dado el desastroso estado financiero de la «Revista», no podíamos seguir sosteniéndola, y de acuerdo con nosotros decidió venderla, no sin antes consultar con el director y los redactores. Al efecto hubo una reunión (ya en el año 1920) con dichos señores en la que se les comunicó nuestra decisión de deshacernos de ella vendiéndola o si a fin de año no se había realizado esto, dejar de publicarla. Nuestra madre, que gozaba de amplios poderes por nuestra parte, *ofreció al director y a los redactores la «Revista»*, para que ellos individual o colectivamente siguieran su publicación. Este ofrecimiento hecho en vista del dolor que nos causaba la posible desaparición de la «Revista», mereció el más absoluto desinterés y desprecio por parte de los que se dicen amigos entrañables de Ulecia.

¡Y ahora claman contra un hecho que ellos mismos provocaron!

¿Pues, qué querían? Hundir no solamente la «Revista» sino también el patrimonio que nuestro padre nos legó para que pudiéramos llevar una vida modesta y en cambio ellos seguir teniendo la portada de una de las primeras Revistas médicas de España, en donde se significaran estampando sus nombres y sus títulos, cosa que les daba prestigio y altura?

Pero, volvamos al asunto: De esa reunión salió la amplia libertad de acción, en que nos dejaban esos señores para deshacernos del periódico y con arreglo a la cual hemos obrado.

Así las cosas, se nos hicieron proposiciones de compra, entre las cuales aceptamos las de una empresa por creerlas más ventajosas y llegando a un acuerdo, pasó a ser de su propiedad la «Revista». Esta empresa ha seguido publicándola durante tres meses, sin protesta por parte de dichos señores, no obstante figurar sus nombres en la cubierta; al cabo de dicho tiempo deja de publicarla por móviles que desconocemos y en los que no intervinimos por no ser nuestra la propiedad y por creer que nada podíamos hacer con una cosa que ya no era nuestra y de la cual su dueño disponía, como es natural y lógico; aunque veíamos con todo el dolor de nuestro corazón desaparecer en un momento la obra que ocupó gran parte de la vida de nuestro padre y mientras pensábamos en lo frágil e inestable que es la amistad, al ver que ni uno sólo de los que se llamaron en vida sus amigos salía a defender ese patrimonio científico que les legó su maestro y que nun-

ca debieron dejar escapar de sus manos, aunque los recursos materiales que nosotros aportábamos llegaran a desaparecer.

Y nosotros nos preguntamos: ¿qué habiéramos podido hacer con una cosa en la cual, los que la integran, los que se creen su espíritu la abandonan y desprecian, prefiriendo su desaparición a hacer un pequeño sacrificio para seguir sosteniendo su publicación?

Pues, eso, y no otra cosa, es lo sucedido; y entérese bien la opinión médica española y nuestros antiguos suscriptores en especial *que los únicos causantes de la desaparición de la «Revista de Medicina y Cirugía Prácticas»* que llegó a ser una de las primeras en su clase sino la primera, *han sido su director y los redactores de la misma*. Y no ya desde que los recursos materiales empezaron a flaquear, sino antes, mucho antes, cuando dejó de existir su fundador, cuando murió nuestro querido padre a cuya memoria profesamos más cariño, muchísimo más cada uno de nuestros corazones, que los de todos esos caballeros que no dudan en reunirse siete para agraviar injusta, públicamente y bajo su firma, con saña que nada justifica, a la viuda del que fué compañero y al parecer querido amigo suyo.

El hecho es heroico y tan singular que bien merece perpetuarse públicamente para gloria de su autores.

Terminamos sin podernos explicar el móvil que impulsó a esos señores a su acción.

¿Será el horror que produzca al llegar el ocaso de los dioses?

RAFAEL ULECIA DE LA PLAZA.

## CHECA

El nombre de este pueblo debe quedar bien impreso y no ser olvidado por los médicos. A grandes rasgos diremos lo ocurrido:

El médico y el farmacéutico solicitaron elevación de sueldo; y como la contestación fué negativa, el médico decidió cambiar de partido, para lo cual hizo las gestiones necesarias, que pronto tuvieron satisfactorio resultado; mientras tanto, una representación del pueblo fué a Madrid y contrató a otro médico, que, sin contar para nada con el Colegio, aceptó el partido y allá fué; pero una vez en el pueblo desistió de continuar en él, y esto dió motivo a que se desencadenara la furia de parte del vecindario, y en la noche del 12 apedrearon la casa del médico antiguo y la del farmacéutico (que no estaba en la localidad, encontrándose solas su mujer y una niña de corta edad) y pidieron la cabeza del gerente de la eléctrica, que albergaba en su casa al médico nuevo, el cual pasó la noche con la intranquilidad consiguiente y dispuesto a defender su vida por los medios propios del caso.

Resumen: que el médico antiguo salió a las dos de la mañana rodeado de su familia, a pie y acompañado de la Guardia civil, y en esta forma llegó al pueblo de Orea; y el médico nuevo salió al día siguiente, acompañado de una pareja de la Guardia civil, y en la carrete-



ra firmó el recibo de su cuenta, que por cierto no se ajustaba a los ofrecimientos hechos.

El gobernador de esta provincia dice que nada puede hacer en este asunto (¡claro, se aproxima el período electoral!), el juez de instrucción cree que el asunto es del municipal, y nosotros creemos que tienen razón, y que el asunto es nuestro, y como tal lo tomamos y trataremos de resolver.

Felicitemos a los vecinos y vecinas de Checa por el heroísmo demostrado, y al médico D. José Bosque, que desde que se iniciaron las cuestiones se puso al servicio de Checa; hoy nos ofrece el Sr. Bosque rectificación de conducta y las pesetas ganadas en Checa. Muchas gracias, Sr. Bosque; no luchamos por las pesetas: luchamos por la dignidad.

Guadalajara, 21 de noviembre de 1920.—El presidente del Colegio, *Manuel Pardo*.

## Sociedades Científicas

### Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 8 DE MAYO DE 1920

#### Un caso de hermafroditismo.

El DOCTOR PASCUAL dice que en la consulta de Urología del Hospital Clínico, a cargo del doctor Mollá, se presentó un matrimonio joven, recién casado, con la pretensión de que fuera reconocida la mujer, con el fin de ver si podía ponerse en condiciones para realizar el acto del matrimonio. Hasta entonces el coito no se había podido realizar, y el médico del pueblo les dijo que seguramente habría necesidad de practicar una incisión en el himen para solucionar el problema. En la mujer se apreciaba pómulos salientes, cara huesuda, mamas desarrolladas, escurrida de caderas, rasgos algo varoniles; no había tenido ninguna menstruación; apetencia sexual hacia el sexo masculino. Examinados los órganos genitales, presenta en la parte superior un órgano crétil, que no tiene forma determinada de que sea clitoris ni pene. Por encima de dicho órgano, unos grandes labios como una vulva, y en su espesor dos abultamientos, uno a cada lado, y en la parte inferior del órgano crétil una canal; una banda dura de tejido resistente, a través del cual no se puede penetrar, y por debajo, el orificio urinario, que conduce a la vejiga. La palpación de todas estas partes da la sensación siguiente: El aspecto de unos testículos con su epitidimo; el órgano crétil, en forma de pene; su cara interior está excavada con un surco duro, y en la parte inferior el meato uretral, o por lo menos el orificio de entrada a la vejiga. Se hizo el análisis de un producto evacuado por masturbación y se hallaron espermatozoides. Se ve, pues, que por el tacto, palpación y exploración, se trata de un sujeto masculino, de un caso hipospádico escrotal, de un pseudohermafroditismo.

El doctor Pascual explica este fenómeno ajustado a las doctrinas modernas sobre hermafroditismo, y confiesa que a este individuo no sabe dónde encajarle, si entre los hombres o entre las mujeres.

#### Estudio radiológico del estreñimiento.

El DOCTOR CARRO continúa su interrumpido discurso, resumiendo en pocas palabras cuanto expuso la noche anterior, sobre trastornos intestinales del estreñimiento por disminución de peristaltismo, por ptosis intestinal, por estenosis orgánicas de estómago y de intestino, por espasmo y por ectasia cecal o rectal.

De aquí la importancia de hacer un diagnóstico preciso, lo mismo topográfico que etiológico, puesto que el tratamiento se ha de basar en el conocimiento de la causa, la cual es evidenciada mediante los estudios radiográficos.

Añade el doctor Carro que la porción de intestino que puede explorarse bien es el intestino grueso. (*Presenta radiografías a medida que expresa los hechos.*) Que a las doce o catorce horas de administrar una pastilla de contraste se ve contrastada la región de intestino ciego, colon ascendente y transversal hasta el ángulo esplénico del colon; que a veces se detiene en el ciego por ectasia cecal, y esto obedece, unas veces, a trastorno congénito (astenia de Stiller), otras es un trastorno adquirido como en los procesos de ptosis del ángulo hepático del intestino grueso, donde la dificultad del paso a través de esta zona produce la dilatación del ciego con estancación de las sustancias de contraste usadas para la exploración, y resulta un estreñimiento de tipo cecal. En estos casos se producen muchas veces trastornos derivados de la misma alteración motora de intestino: dilatación del ciego, colitis segmentarias, que dan lugar a tiflitis y hasta revestir el cuadro clínico de la apendicitis.

En otros enfermos hay una disminución de peristaltismo intestinal, ligada a un espasmo del colon; en otros, ligera ptosis de ángulo hepático del colon con ligero espasmo del transversal, curándose al principio con preparados de belladona y después con aceite de parafina (una cucharada en ayunas) y así se curó un individuo que llevaba seis años.

Se ocupa luego de un enfermo de estreñimiento habitual intenso, de tipo rectal, tratado con supositorios de glicerina solidificada colocados por la noche, y esto ablanda los productos estercoráceos y produce al día siguiente una deposición.

Dice que otra de las causas frecuentes de estreñimiento es la ptosis intestinal, que suele presentarse en individuos que sufren ptosis renal, y al ser repuesta la viscera a su posición normal mediante una faja de tipo Glenard, que coloca los órganos abdominales en su posición normal o aproximadamente normal, desaparece el estreñimiento. La mayoría de las ptosis intestinales son congénitas, pero hay algunas adquiridas, sobre todo en las mujeres, a consecuencia de partos repetidos, en que la pared abdominal pierde por completo

**BARDANOL**

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





su tonicidad y los órganos abdominales su punto de apoyo.

Proyecta unos cuantos casos de coloptosis con caída de ángulo hepático moderada, y la caída acentuada de ángulo esplénico, y añade que esta sencilla enumeración y presentación de casos indica la importancia de este estudio, de cuyas aplicaciones prácticas se deduce, en primer lugar, el de servir de guía en muchos casos para tratar diversos grupos de estreñimiento, bien con medicación antiespasmódica preparada de belladona, valeriana, o bien con agar-agar, aceite de parafina o vaselina, y hasta el aceite de olivas, según la clase de estreñimiento. Que a los estreñidos rectales, teniendo intestino normal, lo mejor es procurar hacer todos los días a la misma hora sus deposiciones, y al establecer el hábito, coadyuva mucho la cura de Ebstein, consistente en un enema de aceite de 125 a 150 gramos, introducido al acostarse, a moderada presión, para que lo retenga durante la noche, y aún mejor, introducir un supositorio de glicerina solidificada, con lo que por tan sencilla terapéutica, desaparece el estreñimiento.

#### Preparaciones microscópicas del laberinto del hombre y de las aves.

El DOCTOR TAPIA dice que el estudio anatómico ha dado lugar muchas veces a deducciones fisiológicas importantísimas, y viceversa; que los experimentos de fisiología y los estudios de patología (sobre todo en los centros nerviosos) han venido a descubrir hechos anatómicos muy interesantes. La anatomía del oído no hubiera podido hacerse bien por el sistema antiguo de los cortes, porque hay tal número de cavidades y de conductos que se entrecruzan, que así como en la geometría del espacio son muy difíciles de comprender las figuras por su desarrollo en superficies planas, en la anatomía del oído los cortes del hueso temporal, por muy bien seriados que se hagan, no dan idea clara de su posición en el espacio ni de su relación de conjunto. Por eso se ha intentado hacer preparaciones del oído en que, corroyendo la trabazón de sustancia ósea, queden de relieve las cavidades y conductos del órgano auditivo, especialmente del laberinto. Añade que, hace muchos años, el veterinario Gerber, siguiendo las indicaciones de Meckel, hizo los primeros vaciados, en cera, del laberinto auditivo. Pero Sömmering, y sobre todo Hyrtl, en su obra *Die Corrosions anatomie und Ergebnisse* (1873), han presentado este estudio en tal forma de realidad práctica, que desde entonces, desbrozado el camino, ha sido seguido por multitud de anatomistas y otólogos (Bezold, Politzer, Stebenmann, etcétera. Los vaciados por corrosión han sido hechos, hasta ahora, primero rellenando las cavidades del oído con sustancias blandas, a base de cera, y seguido, con aleaciones metálicas fusibles a baja temperatura.

Los vaciados del oído medio e interno que presenta el doctor Tapia tienen el triple interés de estar hechos, no por corrosión, sino por calcinación; de haber empleado metales fusibles a más alta temperatura (estaño, plata), y de que estas modificaciones, que crean

lan una perfección extraordinaria, han sido ejecutadas bajo su estímulo por médicos españoles, sus ayudantes señores P. Gómez y Acosta.

El doctor Tapia explica el sistema primitivo, que consistía en sumergir un hueso temporal desecado en una vasija llena de una mezcla, en fusión, de cera y colofonia; el del profesor Bruson, de Rostock (vaciados metálicos), y el procedimiento de Stebenmann. Detalla el del señor Gómez, que consiste fundamentalmente en calcinar con gran cuidado y de una sola vez el hueso temporal, tapar los orificios con escayola, y después volver a calentarlo, para que, elevada la temperatura por encima del punto de fusión, se inyecte, para que una aleación compuesta de bismuto 8, plomo 4, estaño 2, carcomi 2, pueda rellenar todas las cavidades y conductos; después descalcificadas con ácido clorhídrico diluido. Los moldes así obtenidos son de una nitidez perfecta si bien un poco frágiles. En los procedimientos del doctor Acosta, los temporales se reproducen admirablemente hasta las más pequeñas células mastoideas, el caracol, los conductos, las ampollas del vestíbulo, el trayecto del nervio facial, etc., etc., quien calcina el hueso desnudo hasta tenerle totalmente al rojo blanco, destruyéndose así todas las sustancias orgánicas y además la pasta inorgánica ha llegado a un término tal, que se desmorona con gran facilidad; el hueso queda perfectamente; se saca del horno con unas pinzas, lo deja enfriar, y entonces, en vez de tapar ciertas cavidades y dejar otras libres, lo sumerge en una lechada de escayola, no muy espesa; después en un segundo baño de escayola y por último en un tercer baño, quedando el hueso completamente barnizado de dicha sustancia que evita la posible resquebrajadura. Queda libre únicamente el conducto auditivo exterior y hace sobre él una especie de embudo de escayola para que contenga una gran cantidad de líquido y por su peso penetra bien, repasando el metal a conveniente temperatura, y el temporal a la misma temperatura aproximada, se vierte aquél por el bebedero de escayola y empieza a salir las burbujas de aire, y cuando ya no entra más líquido se suspende, se sumerge el bloc en agua, la escayola se descascarilla y con una pinza se desprende todo el revestimiento óseo, que al contacto con el agua es deleznable, quedando los moldes perfectamente.

Hecha esta explicación, presenta el doctor Tapia una numerosa colección de preparaciones macroscópicas de los conductos semicirculares de las aves (palomas, gallinas, lechuzas, gorriones, etc.)

El DOCTOR HERGUETA pide la palabra para dar la más completa enhorabuena por las magistrales preparaciones presentadas y después dedica algunas palabras de enhorabuena también a la admirable comunicación del doctor Carro sobre la capital importancia de emplear todos los medios que ha expuesto para hacer un diagnóstico anatómico lo más exacto posible, sobre todo el de radiografía, en donde real y efectivamente se pueden estudiar bien todos los casos.

DOCTOR CESALDO,

**CARBOLAN**

Pelrid's Co., New-York

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

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

Ayuntamiento de Madrid



## Sección oficial <sup>(1)</sup>

Por causas ajenas a nuestra voluntad se omitió la publicación en nuestra Revista a su debido tiempo del Real decreto de 25 de julio del año actual, aprobando el reglamento para el régimen interior de la Inspección de Sanidad. Al darnos cuenta de ello no queremos dejar pasar un día más sin darlo a conocer a nuestros lectores.

### MINISTERIO DE LA GOBERNACION

#### EXPOSICIÓN

SEÑOR: Las enseñanzas recogidas en la práctica vienen señalando, cada día con mayor apremio, la conveniencia de dar a la organización de los servicios sanitarios centrales una orientación técnica que sea capaz de llenar cumplidamente las indicaciones que impone el progreso científico de la época presente, como viene realizándose ya en los países cuidadosos de su bienestar y de su cultura. En este sentido se inspiró, sin duda, el Real decreto de 31 de enero de 1919 dictando reglas encaminadas al perfeccionamiento de los servicios técnicos dependientes de este ministerio; mas para que ello tenga positiva eficacia se hace preciso establecer, según dispone el artículo 3.º del citado Real decreto, un régimen que venga a regular los de la Administración Sanitaria Central y a determinar la conveniente relación que han de guardar entre sí los funcionarios a cuyo cargo estén los distintos servicios, así como sus deberes y atribuciones, teniéndose en cuenta para ello que las funciones administrativas desempeñadas por los técnicos de su ramo, no tan sólo son compatibles con las de los facultativos sanitarios, sino que se estiman necesarias, para que de esta suerte se complementen en beneficio de los servicios públicos.

Con este fin, y fundado en las razones expuestas, el ministro que suscribe tiene la honra de someter a la aprobación de Vuestra Majestad el adjunto proyecto de decreto aprobando el Reglamento para el régimen interior de la Inspección General de Sanidad.

Madrid, 25 de julio de 1920.—SEÑOR: A los reales pies de Vuestra Majestad, *Francisco Bergamín*.

#### REAL DECRETO

A propuesta del ministro de la Gobernación, Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Se aprueba el siguiente reglamento para régimen de la Inspección General de Sanidad.

Art. 2.º Quedan derogados los reglamentos y disposiciones de carácter general o especial que se hayan dictado, en cuanto se refieran a organización interior de los servicios sanitarios de este ministerio.

Dado en el Palacio de la Magdalena, de Santander, a veintisiete de julio de mil novecientos veinte.—ALFONSO.—El ministro de la Gobernación, *Francisco Bergamín*.

(1) Véase el número anterior.

## Reglamento para el régimen interior de la Inspección general de Sanidad.

### CAPÍTULO PRIMERO

#### Organización de la Inspección General de Sanidad.

Artículo 1.º La Inspección General de Sanidad comprende las dependencias o secciones siguientes:

- 1.ª Subinspección de Sanidad exterior.
- 2.ª Subinspección de Sanidad interior.
- 3.ª Subinspección de Institutos de higiene e Instituciones sanitarias.
- 4.ª Sección administrativa.

Art. 2.º Cada una de estas Subinspecciones formará una Sección, de la que será jefe el respectivo subinspector, y el de la Sección administrativa lo será un jefe del Cuerpo de Administración civil del ministerio de la Gobernación.

Art. 3.º Tanto las Subinspecciones como la Sección, señaladas en el artículo 1.º, tendrán a su servicio el número de jefes de Negociado, oficiales y mecánicos que sean precisos para el buen desempeño de aquéllas.

Art. 4.º La Inspección General determinará los asuntos que por su naturaleza han de corresponder a cada una de las respectivas Secciones, cuyos jefes los distribuirán entre los Negociados correspondientes. Los jefes de las Secciones propondrán para su aprobación al inspector general la organización de la suya respectiva, las cuales se compondrán del número de Negociados que estimen precisos para el mejor desempeño de aquéllas.

### CAPÍTULO II

#### Del Inspector general.

Art. 5.º Incumbe al inspector general:

1.º Toda resolución de instrucción y trámite dispuesto por las leyes, reglamentos y disposiciones generales o especiales del ramo.

2.º Dictar las instrucciones necesarias para la puntual ejecución de los reglamentos y Reales órdenes.

3.º Corresponderse bajo su firma, y en los asuntos de su resolución, con los empleados públicos de igual o de inferior categoría.

4.º Ordenar en la Inspección los trabajos en la forma más conveniente al buen servicio, con arreglo a las instrucciones del ministro.

5.º Examinar y anotar, después de los subinspectores y jefe de Administración, todos los expedientes de resolución de Su Majestad y redactar los Reales decretos y Reales órdenes de gran importancia, así como los reglamentos e instrucciones del ramo, ajustándose a las prevenciones del ministro y salva la autoridad de éste.

6.º Dar cuenta y acordar con el ministro las resoluciones definitivas de los asuntos que correspondan a las Secciones de la Inspección y entregar al subsecretario un duplicado de los índices de todos los expedientes resueltos.

**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.



7.º Informar al ministro, siempre que éste lo ordene, acerca de cualquier punto de Administración sanitaria, y proponerle cuanto crea conveniente al bien del servicio.

8.º Inspeccionar y dirigir los trabajos de los empleados de la Inspección, amonestándoles o reprendiéndoles, en su caso, por las faltas que cometan, y dando cuenta al subsecretario o al ministro cuando considere necesaria una corrección mayor.

9.º Pasar mensualmente a la Subsecretaría nota de los empleados de las Secciones, con las calificaciones de asistencia, aptitud y laboriosidad.

10. Dirigir, siempre y cuando el ministro se lo ordene, los servicios de su dependencia, dictando en el acto las disposiciones urgentes y proponiendo las reformas o providencias que el bien del servicio reclamasen.

11. Presidir los remates y subastas de su ramo, cuando no lo hiciese el ministro.

Acordar y aprobar cuanto sea de su competencia, referente a presupuestos, tanto de personal como de material sanitario.

Art. 6.º El inspector general desempeñará, además, todas las comisiones que para el mejor servicio le fuesen conferidas por la superioridad, y mandará formar las estadísticas especiales del ramo de su competencia, sometiendo a conocimiento del ministro los resúmenes de ella en los plazos que le fueren ordenados.

Art. 7.º Formará parte de la Junta consultiva de directores generales para informar al ministro en los asuntos de su competencia que éste tuviere por conveniente indicarles.

#### *De los subinspectores*

Art. 8.º Además de las funciones señaladas a los subinspectores en el art. 2.º del Real decreto de 31 de enero de 1919, se sustituirán, respectivamente, en ausencias, enfermedades y vacantes en la forma que determine el inspector general y tendrán las atribuciones siguientes:

1.ª Dirigir, inspeccionar y activar el curso de los expedientes, distribuyendo entre sus subordinados los trabajos de la Sección, según estimen conveniente, cuidando de que, tanto los expedientes de ingreso y salida como las comunicaciones de cualquier orden, se anoten en el Registro de la Sección.

2.ª Redactar las notas en que haya de proponer la resolución definitiva de los expedientes, exponiendo en ellas con claridad, precisión y exactitud su dictamen acerca del objeto o punto en cuestión y citando las fechas y artículos de las leyes, decretos, órdenes o reglamentos en que apoye su informe.

3.ª Examinar y rubricar las minutas de las órdenes correspondientes para resolución de Su Majestad y a los acuerdos del inspector general.

4.ª Rubricar al margen todas las comunicaciones o documentos que hayan de ponerse a la firma del ministro, subsecretario o inspector y autorizar con me-

dia firma los índices de las comunicaciones y de los expedientes que presente al despacho, los cuales se archivarán en la Sección respectiva.

5.ª Informar en todos los expedientes que se instruyan por la Sección y hayan de resolverse por Su Majestad o por el inspector general.

6.ª Dar cuenta al inspector general de los expedientes al día siguiente de su ingreso en la Sección.

7.ª Proponer al inspector general las reformas que crea conveniente para la buena marcha de los asuntos.

8.ª Encargarse del despacho de uno o más Negociados cuando el servicio lo exija y redactar los decretos y órdenes de importancia y los reglamentos del ramo cuando no lo verifique por sí el inspector general.

9.ª Mandar y hacer que se forme un resumen mensual por Negociado de los expedientes despachados por la Sección y de los ingresos en ella pendientes de resolución.

10. Autorizar con su firma los pedidos de efectos de escritorio y demás objetos necesarios en la Sección.

#### *Del jefe de la Sección administrativa.*

Art. 9.º Al jefe de la Sección corresponden, en lo que afecta a su Sección, todas las atribuciones consignadas en los apartados 1.º al 10 del artículo anterior.

El jefe del Negociado que designe el inspector general le sustituirá en caso de ausencia, enfermedad o vacante.

#### *De los jefes de Negociado.*

Art. 10. Al frente de cada Negociado habrá un jefe que pertenezca al Cuerpo facultativo de la respectiva Subinspección, a Facultad especial o al de los técnicos administrativos, según lo exija la índole de los asuntos correspondientes al Negociado a juicio de la Inspección general. También podrán habilitarse para el desempeño de Negociados a los oficiales de uno u otro Cuerpo, en los casos antes indicados, con el número de empleados que designe el inspector general, según las necesidades del servicio.

Las atribuciones del jefe de Negociado serán:

1.ª Cuidar del orden y regularidad de los trabajos del Negociado, distribuyéndolos entre los empleados del mismo de manera que no sufran retraso los expedientes que en él radiquen.

(Se continuará)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705; ídem mínima, 700,2; temperatura máxima, 10º; ídem mínima, 1º,3; vientos dominantes, N. NE.

El estado sanitario sigue siendo satisfactorio. A

**PEÑACASTILLO**

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



causa de las variaciones atmosféricas y de la humedad predominan las afecciones de las vías respiratorias y las de carácter reumático. Siguen presentándose casos de anginas de carácter benigno. La escarlatina ha disminuido algo y han ocurrido algunos cuantos casos de viruela y de fiebres eruptivas.

## Crónicas

**Un hospital para Egipto.**—El Gobierno egipcio va a dedicar cinco millones de duros a la construcción de un edificio destinado a hospital, con la aspiración de que sea el primero de su clase en el mundo.

El edificio se construirá en la isla de Rhoda, en el Nilo, cerca del Cairo, pudiéndose disponer de una superficie de diez y ocho hectáreas para el hospital, sus dependencias, patios y jardines.

El hospital ha de ser capaz para 1.250 camas, y se dedicará especialmente al tratamiento de las enfermedades de Oriente más oscuras para la ciencia. Habrá un departamento de oftalmología y otro de odontología.

Se abre un concurso internacional para elegir el mejor proyecto. Cada uno de los arquitectos que presenten los doce proyectos mejor calificados recibirá, como honorarios, 2.625 duros. El vencedor será encargado de la dirección de las obras.

**Colegio de Huérfanos de Médicos.**—Nos ruega el Patronato de esta fundación que nos dirijamos a los Colegios Médicos provinciales y a los médicos en particular advirtiéndoles de la conveniencia de que los agasajos y donativos que piensen dedicar a los niños con motivo de las fiestas de Navidad, sean enviados en la siguiente forma: Los donativos en metálico, en giros, etcétera, directamente y a nombre de D. Enrique Isla Bolomburu, tesorero del Patronato y decano de la Beneficencia provincial y los regalos en especie, directamente al Colegio y a su director, calle del Pilar, 45 (Guindalera).

**Tribunal del Cuerpo de Prisiones.**—La *Gaceta* del 21 de Noviembre publica del Ministerio de Gracia y Justicia una Real orden en la cual, de conformidad con el artículo 29 del Real decreto de 5 de mayo de 1913, nombra el Tribunal que, bajo la presidencia del Director general de Prisiones, ha de juzgar los ejercicios de oposición para proveer las plazas de médicos de tercera clase del Cuerpo de Prisiones. Los vocales son: D. Florencio Porpeta y D. Emilio Toledo, catedráticos de la Facultad de Medicina de esta corte; don Crispulo García de la Barga, jefe de sección de ese centro directivo, y D. Adrián Huarte, médico del Cuerpo de Prisiones, el que desempeñará las funciones de secretario del Tribunal.

**MUY IMPORTANTE.**—Se ruega a los señores suscriptores utilicen el Giro postal o sellos de Correos para hacer sus pagos, de cuya manera podrán descontar los pequeños gastos que les ocasione, mientras que si hemos de girarles irán los gastos a su cargo.

**Curioso contraste.**—Casi simultáneamente aparecieron recientemente en los diarios de Madrid los sueltos relacionados con los haberes u honorarios que los facultativos cobran dentro y fuera de España.

En el primero se comenta que el Ayuntamiento de Pitarque (Teruel), anuncia una vacante de titular de practicante de medicina y cirugía, remunerada con la ridícula cantidad de *cinco duros al año*; y en el segundo se da, sin comentarios, la noticia de que el Gobierno griego entregó al profesor Widál, de París, por su asistencia al rey Alejandro, y en pago de sus honorarios, la elevada suma de 12.000 libras esterlinas (unos 636.000 francos).

**SULFOBARIUM** (marca registrada).—Sulfato de bario purísimo para Radioscopia. Cajita de 130 gr., 2,40 pesetas; de 150, en dos dosis, 3 pesetas; en forma emulsionable en frío; a granel, por kilos. *Unico* preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y académico, Atocha; 35, Tel. M. 33, Madrid, farmacia y laboratorio de análisis del doctor Giral.

¿Qué es la Arsicalina? Al presente número se acompaña un prospecto informativo sobre el empleo de la Arsicalina, cuya lectura recomendamos, del Instituto Terapéutico Romano. Representante en España: J. Vallés y Ribó, S. en C. Mallorca, 253.—BARCELONA

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



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

## ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

# Radiozono

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

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.—Teléf. J. 923.