

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Contribución al estudio de la patogenia hipofisaria de la diabetes insípida; el papel del líquido cefalorraquídeo, por G. Marañón y P. Gutiérrez. — Tratamientos modernos de la espondilitis tuberculosa ó mal vertebral de Pott, por el Dr. Deref. — La vacuna antituberculosa del Dr. Ferrán, por el Dr. Angel Pulido. — Tratamiento radioterápico de la hipertrofia de la próstata. — Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Asamblea provincial de Salamanca. — Lo que son los médicos titulares y lo que debían ser, por Agustín M. Menlo. — Reformas sanitarias. — El Dr. Rodríguez Méndez, por Angel Pulido. — Sección oficial. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Contribución al estudio de la patogenia hipofisaria de la diabetes insípida: El papel del líquido cefalorraquídeo

POR

G. MARAÑÓN (Madrid)

y

P. GUTIERREZ (Málaga)

Un gran número de datos clínicos, anatómopatológicos y experimentales, aportados rápidamente en el transcurso de los últimos años (1), han probado, de una manera que podemos considerar como irrefutable, los dos hechos siguientes:

1.º En una gran mayoría de casos de la diabetes insípida se debe á una insuficiencia funcional de los lóbulos medio y posterior de la hipófisis.

2.º En la base del encéfalo, y precisamente en la región perihipofisaria, hay centros que intervienen también en la diuresis normal y en sus alteraciones patológicas.

Podemos suponer, en vista de estos hechos, que normalmente existe un mecanismo regulador de la diuresis endocrinonerviosa, análogo al que regula las dife-

(1) En breve publicaremos un libro con el resumen de todos estos datos, entre los cuales hay bastantes nuestros, y el desarrollo de esta teoría de la diabetes insípida, que ha venido á confirmar el concepto clásico de la enfermedad.

rentes actividades del metabolismo. A grandes rasgos entreveamos que hay una hormona pituitaria que modera, en condiciones normales, la excitación diurética que parte de esos centros, y que, según todas las probabilidades, se transmite al riñón por la vía simpática. Pero, ¿cómo llega esa acción hormonal á los centros?

a) ¿Por la circulación? No es verosímil que la naturaleza exija un camino tan largo, una vez que ha puesto tan próximos el foco donde las hormonas oligúricas se elaboran y los centros que han de impresionar. Lo cual no quiere decir, naturalmente, que, independientemente de estas hormonas, no haya otras que pasen al torrente circulatorio y actúen, por su parte, directamente sobre el riñón mismo.

b) ¿Por las fibras nerviosas que parten del lóbulo posterior de la hipófisis, ascienden por el tallo y se conexionan con la red del fondo del tercer ventrículo? Con PENDE, creemos que la estructura de esta región induce á la vehemente sospecha de que ocurran así las cosas, esto es, el que parte de las hormonas hipofisarias, progresen por vía netamente nerviosa.

c) ¿Por el líquido cefalorraquídeo, en el que se vertiría desde la neurohipófisis? Este es el punto que nos proponemos estudiar en esta nota.

BIEDL (1) es uno de los sostenedores de esta hipótesis, fundándose en el hecho de que la sección experi-

(1) BIEDL: Tumore Sclerettan, 2, Auf., 1518.

mental del tallo de la hipófisis, vá seguida de los mismos efectos que la extirpación de la glándula. Dicha sección determina un «bloqueo» de la hipófisis, esto es, impide que su secreción se vierta en el líquido cefalorraquídeo, quedando así eliminada funcionalmente del organismo.

CUSHING y sus colaboradores (1), conformes con este modo de ver, han demostrado que la inyección de líquido cefalorraquídeo normal, produce hipertensión y disminución de la tolerancia del animal para los hidratos de carbono; esto es, los mismos efectos que la inyección de pituitrina.

DEHEME (2) ha comprobado también en el líquido cefalorraquídeo normal sustancias semejantes a la pituitrina, y tan activos que, aun en dilución de 1 por 10.000 á 1 por 200.000, tienen aptitud para obrar la presión arterial.

Otros autores, sin embargo, no han confirmado los hechos precedentes: CARLSAN y MARTÍN y WASSING (cit. por PENDE) (3) no han logrado producir hipertensión infectando el líquido cefalorraquídeo. HOUSSAY y sus colaboradores (4), han probado que la actividad de los extractos pituitarios persiste después de tratados con el subacetato de plomo, que, en cambio, inactiva al líquido espinal; y, como MAKIENZIE (5), ha visto que la acción galactagoga, tan típica de los extractos de hipófisis, no existe en el líquido cefalorraquídeo.

Nuestra experiencia es también contraria á la hipótesis del paso de la hormona diurética al líquido cefalorraquídeo. Y advertiremos, que así como los trabajos de los autores antes citados—tanto los defensores como los impugnadores de la hipótesis—no se refieren á la acción diurética de los extractos pituitarios, sino á sus otras actividades (principalmente su acción hipertensora), nosotros, en cambio, nos ocuparemos solo de las hormonas oligúricas.

Nos fundamos para no admitir el paso de las hormonas que producen la oliguria al líquido cefalorraquídeo, en los hechos siguientes:

1.º *El líquido cefalorraquídeo normal no tiene propiedades oligúricas*, como lógicamente debía ocurrir si en él se vertieran las hormonas oligúricas de la hipófisis. Hemos sometido para probarlo á conejos á una dieta constante, y después de obtener durante varios días una curva de eliminación cotidiana de cantidad de orina bastante uniforme (con análisis diarios de la orina), hemos inyectado al animal 7 c. c. de líquido cefalorraquídeo de un hombre sano, á la vez que 150 c. c. de suero fisiológico; á un conejo testigo, le inyectábamos sólo los 150 c. c. de suero. En ambos se produce un aumento de la diuresis, no menor en el que además ha recibido el líquido espinal. La misma experiencia repetida varias veces, ha dado siempre los mismos resul-

tados. Hay que recordar que si en lugar del líquido espinal, se inyecta á uno de los conejos un sólo c. c. de extracto del lóbulo medio y posterior de la hipófisis, no sólo no se determina en él la diuresis debida al suero fisiológico, bien marcada en el testigo, sino que disminuye considerablemente la cantidad eliminada en las veinticuatro horas (1).

2.º Si en lugar de líquido cefalorraquídeo de un hombre normal, *inyectamos el extraído á un enfermo de diabetes insípida*, los efectos de la inyección no difieren de los que produce el líquido normal: son, como éste, nulos. Hemos hecho la experiencia con el líquido espinal extraído á dos enfermos diabéticos insípidos: uno, un joven con enorme poliuria, consecutiva á un traumatismo del cráneo (hemorragia de la hipófisis); y otro, una muchacha con poliuria insípida espontánea, desde la niñez, muy intensa. Ninguno de los dos ha sufrido nada en la diuresis provocada del conejo, como era lógico esperar, dada la inactividad de los líquidos normales.

3.º Hemos realizado esta interesante prueba: *inyectar en diabéticos insípidos el extracto pituitario dentro del raquis*. Si son poliúricos, porque la hormona oligúrica no se vierte en su líquido cefalorraquídeo, la administración artificial de las hormonas que faltan, debe ser mucho más activa que por cualquiera otra (subcutánea, intravenosa, etc.). Y el resultado ha sido negativo: en el caso de la poliuria post-traumática citado, la poliuria era, por término medio, de 6 litros; la inyección *subcutánea* de 1 c. c. de pituitrina hacía bajar la diuresis cotidiana á 3 á 4 litros; la inyección *intrarraquídea* de $\frac{1}{2}$ c. c. de pituitrina diluida en 2 c. c. del líquido espinal del enfermo hizo descender sólo la cifra habitual citada á 4, 200 c. c.; es decir, casi igual que la inyección subcutánea. En otro caso de diabetes insípida espontánea en un muchacho con retraso genital, repetimos el examen con este resultado: orinaba habitualmente 11 litros; la inyección *subcutánea* de 1 c. c. de pituitrina, hizo bajar á 5 litros aquella cantidad; varios días después se repitió la inyección de 1 c. c. de pituitrina, pero dentro del raquis, y la disminución fué de unos 5 litros, como cuando se inyectó bajo la piel.

4.º Una última prueba sería el *tratar á diabéticos insípidos por inyección subcutánea é intrarraquídea de líquido cefalorraquídeo normal*, en lugar de la pituitrina. No hemos podido hacerla por dificultades opuestas por los enfermos. Pero, realmente, dado el resultado negativo de los experimentos anteriores, no es muy importante para el juicio que la cuestión nos merezca, esperar el resultado de esta investigación.

Parece seguro, por lo tanto, que *la hormona oligúrica no se vierte en el líquido cefalorraquídeo*.

En cambio, de un modo mecánico, por el aumento de su presión, sí puede el líquido espinal actuar sobre la poliuria.

GRAHAM (2) fué quien primero demostró que la simple extracción del líquido cefalorraquídeo alivia la

(1) Resumen de los trabajos de CUSHING en *The Pituitary Body and its Discharges*, Boston, 1912.

(2) DEHEME: *Deutsch. Arch. f. K. Med.*, 1918.

(3) PENDE: *Endocrinologia*, Milán, 1915.

(4) Véase resumen de estos trabajos de HOUSSAY en *Endocrinology*, 1918.

(5) MAKIENZIE: *Quart. Journ. of. Exp. Physiol.*, 1911.

(1) Véase MARAÑÓN y ROSIQUE, *Sociedad de Biología de Barcelona*, 1917.

(2) GRAHAM: *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1917.

poliuria y los síntomas dependientes de ella (la sed, sobre todo) en los diabéticos insípidos. WILLIAMS y ROCHESTER (1) han observado el mismo efecto en un caso suyo, aunque por corto tiempo. En tres casos nuestros, esta investigación nos dió el resultado siguiente: en el caso de la diabetes postraumática, la extracción de unos 40 c. c. de líquido cefalorraquídeo, hipertenso, hizo bajar la cifra de la diuresis, desde 5.600 c. c. a 3.200; en el caso del joven con retraso genital, la extracción de una cantidad análoga al líquido, hizo descender de 12.000 c. c. a 8.700; también había hipertensión; en la señorita de la diabetes espontánea, extrajimos 45 c. c. de líquido espinal (hipertenso) sin observar más que un descenso de 150 gramos, que queda dentro de las oscilaciones normales de la diuresis, y por lo tanto, no tiene valor.

Obsérvese que estos hechos contradicen también en primer lugar, la teoría del paso de los hormonas al líquido cefalorraquídeo, porque si esto ocurriese, la sustracción de una cierta cantidad del líquido, supondría la sustracción de una parte de las ya escasas hormonas oligúricas, y la poliuria debía aumentar, y es lo contrario lo que se observa.

El alivio de la poliuria por la punción se explica, suponiendo que la hipertensión á que el líquido está sometido — y que es debida al tumor hipofisario— destruido el fondo del ventrículo medio, comprimiendo la neurohipófisis y seguramente dificultando la progresión de las hormonas por el tallo pituitario. La evacuación alivia el estado hipertensivo y amengua, por lo tanto, las expresadas dificultades del funcionamiento hipofisario.

Por cierto que esta existencia de la hipertensión cerebro espinal en la diabetes insípida está en oposición con la teoría sustentada por CUSSING y WEED (2) de que la secreción interna de la hipófisis excita la secreción de los plexos coroides produciendo una hipersecreción de líquido espinal (coroidonea): la hipófisis de estos diabéticos, elabora menos hormonas y la producción del líquido debía estar en consecuencia amenguada, en lugar de aumentada, como la realidad nos enseña.

Creemos que con los datos expuestos queda bastante aclarado el pretendido papel del líquido cefalorraquídeo en la función hipofisaria y en la patogenia de la diabetes insípida.

Tratamientos modernos de la espondilitis tuberculosa ó mal vertebral de Pott.

PONENCIA PRESENTADA POR EL

DR. DECRET

AL CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA DE 1918 EN MADRID,
SECCIÓN 5.ª, SUBSECCIÓN B.

La espondilitis tuberculosa ó mal vertebral de Pott es, como todos saben, la lesión inflamatoria de la co-

lumna vertebral, que produce alteraciones más extensas y que se observa más á menudo en España.

A juzgar por la literatura médica, estas mismas condiciones y frecuencia se observan en todas partes. Ataca casi siempre al cuerpo de las vértebras, verdadera columna de sostén de la mitad superior del cuerpo y de todos los más importantes órganos indispensables para la vida, que se encierran en el tórax y vientre, y con el cráneo, al cual sirve igualmente de sostén, forman el estuche del sistema nervioso central, es decir, es el punto de apoyo esencial de la propia vida en el hombre.

De suponer es la gravedad que implica que esta columna ceda en condiciones de resistencia deformando y alterando tan importantes elementos, trastornando las funciones más imprescindibles. Pero si á esto se agrega que esta peligrosa situación es originada por la destructora y extensible labor de la tuberculosis que acecha desde los más recónditos lugares del organismo la debilidad ó la más pequeña anomalía en la función de un órgano para hacer de él su codiciada presa, el problema se complica de tal forma que jamás en la patología se combinaron tantos elementos para atentar á la existencia del ser humano, si bien es verdad que los medios de defensa de la economía, así como los medios de que nosotros disponemos, por fortuna, para ayudar esa beneficiosa acción son de tal entidad en estos casos, que en muchos otros en que faltan semejantes favorables condiciones de uno y otro género colocan en situación más crítica la vida del hombre, sin que la sentencia de muerte que pesa sobre él haya reunido tantas agravantes como en el mal vertebral de Pott. Permitidme que por la limitación del tiempo que exige una ponencia de Congreso, y más que nada por no ofender la mucha cultura de los que me escuchan, prescindiré de dar cuenta de la anatomía patológica detallada de esta enfermedad, y que sólo acuda á ella en contadas ocasiones para fundamentar mis argumentos, entrando ya de lleno en el tema y siguiendo para desarrollarlo su clásica división en tratamiento local y general y en este orden, porque en cuanto se nos presente un enfermo de este género no podremos sacar partido de un tratamiento general sin haber antes establecido y asegurado el tratamiento local.

Es la opinión de casi todos los especialistas, y la mía muy arraigada, la de que todo tratamiento general, que es el curativo, será inútil sin atender antes al estado local en el mal de Pott, y la primera condición que este exige es la desgravación de la columna vertebral.

Es lógico que así sea en una lesión que ataca principalmente á las condiciones de resistencia y flexibilidad de la palanca de las cuales depende la topografía de órganos tan importantes como los mencionados, y, como consecuencia, su holgada función, que ha de responder de su integridad anatómica.

Fué el primer medio empleado razonablemente con este objeto el corsé rígido, entre cuyos modelos descolló por su fácil y rápida adaptación al cuerpo, el corsé escayolado.

(1) WILLIAMS and ROCHESTER: Endocrinology, 1917.

(2) WEED CUSSING: The American Journal of Medicine, 1915.

Se pretendía que suspendiendo la columna vertebral con minervas que abrazaban la cabeza y la cara, sorprendiendo en esta posición el cuerpo y colocando un corsé de vendas ó compresas escayoladas, se podría lograr sostener aquélla, desgravando así el peso de unas vértebras sobre otras; pero bien pronto la experiencia en la clínica hizo ver que esto era ilusorio.

Por otro lado, la inmovilidad absoluta, por entonces en gran boga, se pretendía obtener al propio tiempo por tan sencillo medio, y si á esto se agregaba que el método era lo que en clínica llamamos ambulante con objeto de que el enfermo de las grandes poblaciones pudiera con facilidad trasladarse á sitios donde el aire libre podía intervenir en el mejoramiento del estado general coincidiendo con la cura llamada de *aire libre*, único elemento que se empleaba en aquella época para el tratamiento general de todos los tuberculosos, se comprenderá lo que el medio de que nos ocupamos creció en importancia.

Mas pronto, como he dicho anteriormente, los clínicos empezaron á ver los inconvenientes de semejante sistema, pues jamás en esas condiciones, salvo muy raras y favorables excepciones, aun en los períodos iniciales de la enfermedad se curaban sin jibas extraordinarias, y si bien todos convenían en que por los estudios anatomopatológicos esta terminación era necesaria para que se soldaran los límites de la lesión, única curación posible para enquistar el foco y restablecer la mecánica vertebral más ó menos modificada, llamó la atención el que en la mayoría de los casos la extensión de la lesión y como consecuencia la joroba, eran mucho menos importantes al empezar el tratamiento que al concluirlo y que, por lo tanto, había que modificar los procedimientos empleados indispensablemente.

Dadas aquellas jibas exageradas que eran la terminación casi constante de tan grave lesión, sobrevino un período de mala lógica en el cual, en vez de ocuparse de conseguir la curación de aquellas deformidades previniéndolas, se ensayaron procedimientos para que una vez aparecidas se hicieran desaparecer, siendo por entonces cuando se acudió al bárbaro, ciego y antiguo método del enderezamiento forzado, uno de cuyos procedimientos, el de Calot, estuvo en auge una temporada hasta caer en el descrédito más justo, alcanzando una época de verdadera prohibición por las graves consecuencias á que dió lugar.

En realidad, una de las más grandes labores maestras de acomodación al medio que ha hecho la economía era destruida en un momento por quienes sin pensar en que nuestros éxitos mayores consisten en auxiliar á la naturaleza y no en corregirla, empleaban procedimientos tan poco lógicos y meditados en biología, donde todo es hábito y transición, haciendo oposición enérgica á la imprescindible necesidad que aquella, en estos casos, sentía de terminar semejante estado compatible con la vida por una soldadura de los trozos menos alterados, límites de la lesión que había logrado detener su tendencia expansiva.

Como consecuencia de este contrasentido vino entonces una época de buen criterio en la cual se hizo un

estudio razonado para prevenir estas deformidades, convencidos de que los procedimientos empleados eran insuficientes para conseguir tal objeto y buscando un medio más absoluto de desgravación de la columna vertebral para su completo reposo y evitar así las grandes destrucciones de elementos anatómicos y las contracciones musculares propias de toda lesión articular, causas evidentes de aquellas grandes jorobas. Convinieron todos con rara unanimidad en que eso no era posible lograrlo más que de una manera: con el decúbito horizontal bien supino ó prono, según trataban de hacerlo más ó menos corrector con arreglo á la forma y condiciones de la lesión, decidiéndose la mayoría por el decúbito supino como posición que implicaba la absoluta desgravación, sobre todo, en situación más ó menos lordósica.

Algo de esto sostuvo ya Bonet con su célebre gotiera así como las camas de Thomas, Phelps, Redard, Lorenz y otros, cuyo uso volvió á extenderse y cuyos resultados cambiaron por completo el pronóstico del mal de Pott en el sentido de mejorarlo notablemente, sobre todo con respecto á su deformidad característica.

Los nombres antes citados dan idea de la universal coincidencia sobre tan importante asunto, así como el sostenimiento de los caminos razonables en aquel enmarañado campo donde tantas falsas vías se habían abierto.

Aun los mismos que seguían preconizando el uso del corsé en todo caso, después de colocarlo, tendían á sus enfermos para buscar en la posición horizontal la desgravación más absoluta que de otra manera se hacía de manera defectuosísima, quedando solo bajo discusión si el corsé era indispensable en todos los enfermos de espondilitis ó si sólo en algunos determinados casos, mientras en la mayoría bastaban las gotieras ó canales ó las simples hamacas.

Pero esto, más que una discusión fundamental, era una discusión sólo admisible en ciertos y determinados casos, sostenida principalmente por las intransigencias de los que, fuera de la realidad, pretendían generalizaciones que en Clínica son inútiles y peligrosas.

Queda, pues, instituido, que únicamente en decúbito supino y alguna vez en prono, se puede obtener la desgravación de la columna vertebral.

Helbing y Hoffa rectificaron sus opiniones dejando los corsés para los períodos de convalecencia.

De la misma opinión fué Fink, el cual condena definitivamente los procedimientos bruscos de enderezamiento, publicando una estadística notable, obtenida tan sólo con el procedimiento de la desgravación por la posición horizontal, el aire libre, que no ha sido superada hasta que Rollier dió la suya aplicando, además, la helioterapia y admitiendo el decúbito prono para reposar del supino y muchas veces aquél, sólo por creerlo en muchos casos más corrector, haciendo así más generales los baños de sol.

Según este autor, la posición lordósica en decúbito supino que él obtiene con una sencilla hamaca para corregir la xifosis, puede sostenerse en el decúbito prono con sólo apoyar los codos en el plano en que está ten-

RADIUM-TERAPIA INTERNA

**FIMOL
BUSTO**

JABABE RADIFERO

**VIAS RESPIRATORIAS
TRATAMIENTO MODERNO**

SORPRENDENTE EN LA TUBERCULOSIS

Muestras y literatura, Laboratorio del Dr. Busto, Españaeto, 10 Madrid

Mencionen este periódico al solicitar muestras.

Laboratorio farmacéutico JIMÉNEZ
SANTANDER

TÓNICO DEL ORGANISMO EN GENERAL
ESPECIALMENTE DEL ESQUELETO

Manifestaciones de la Diatesis espasmófila:

TETANIA, ECLAMPSIA,
ESPASMO DE LA GLOTIS, ETC.

PHOSMIL

DOSIFICACIÓN

Fósforo.	0,0005
Cacodilato de hierro.	0,005.
Solución de adrenalina al milésimo.. . . .	3 gotas.
Vehículo c. s. para 5 c. c. (cucharada de las de café).	

ENFERMEDADES DEL CRECIMIENTO:

RAQUITISMO,
OSTEOMALACIA, OSTEOSATYROSIS

Depositarlos: **PÉREZ DEL MOLINO Y Cia.**
— SANTANDER —

Muestras y folletos: F. Llorente, Jardines, 16, Madrid.

dido el enfermo y que las manos sostengan la cabeza, sobre todo cuando el baño de sol se emplea en el dorso.

Partidarios del método de Fink se mostraron Mase, Haudek, Lovett, Wollemberg, Helbing, Lorenz y otros muchos.

Mas no por esto los partidarios del método ambulante se resignaron adoptando el corsé de Wulstein, que era uno de los modelos más racionales, puesto que comprendía en él la cabeza, en todo caso en que la lesión estuviera por encima de la décima vértebra dorsal, pero la verdad, hija de la Clínica, se abrió paso y con este procedimiento, como con los anteriores del mismo sistema, continuaron los malos éxitos.

Lo mismo ocurrió con los procedimientos cruentos, ideados primero por Hadra, en Alemania, y luego por Chipault, en Francia, los cuales hacían las suturas de las apófisis espinosas ó de las láminas.

Estos procedimientos, como todos los que se proponían la inmovilización y la desgravación en posición vertical de la columna vertebral, fracasaron por esta causa, y además, porque la resistencia de estas suturas no lograban vencer el peso para que fueron ideadas, dándose el hecho curioso de que algunos casos no curaban de la lesión, hasta que los hilos metálicos empleados cortaban los trozos de huesos en donde se sujetaban y permitían de este modo la superposición de las dos superficies limitadoras de la lesión, que siempre aumentaba más de lo ordinario con el procedimiento y con más rapidez, verificándose así la imprescindible soldadura más tarde y en peores condiciones, lo cual es muy de tener en cuenta para juzgar de procedimientos parecidos, que hemos de estudiar después.

Lange hizo otro procedimiento en el cual colocaba unas láminas de zinc en los canales vertebrales, para aumentar la resistencia de las suturas, ensayo que tampoco tuvo éxito, aumentando los inconvenientes, y Vulpinus ya se adelantó á los procedimientos más modernos pretendiendo hacer una sinostosis de las apófisis espinosas, empleando colgagitos osteo-periósticos, que tampoco dieron el resultado apetecido.

En 1911 nos encontramos ya en este camino con uno de los procedimientos más modernos, que es el de Albee, haciendo la transplatación ósea.

Este cirujano norteamericano con un injerto óseo suficientemente rígido, une varias apófisis espinosas, obteniendo, según él, la inmovilización de la columna vertebral, sin el grave inconveniente que hasta ahora tuvieron las suturas, sin fijarse en que el mayor fracaso de éstos procedimientos, no fué esa causa precisamente, sino por la posición vertical en que se quiso colocar á estos enfermos, siendo insuficientes esos medios para sustituir la falta de integridad en los elementos anatómicos y como consecuencia la mecánica normal para que fueron creados, la influencia en la agravación del foco, tanto por los traumatismos, como por la anestesia, que está probado que disminuyen de una manera alarmante la resistencia orgánica, que tan imprescindible es en estos casos, facilitando igualmente la emigración de toxinas á otros órganos donde nuestra acción es menos eficaz ó nula, peligrando la vida en más breve plazo, y

que estos procedimientos tan complicados y peligrosos, aunque fueran útiles para el fin que se imaginaron, no resuelven más que uno de los muchos problemas que se nos presentan resueitos ya por sencillos procedimientos, sin que como ellos, pudieran influir tan desastrosamente en el tratamiento general, que es el curativo, y al cual nada nuevo habían añadido.

Tanto Albee como Russell A. Hibbs., autores de los más modernos métodos cruentos de curación, dicen ellos de la tuberculosis vertebral, sin contar con que siguen curando con la helioterapia, que á su vez logra triunfar de muchos de sus desaciertos, fundan sus intervenciones en los buenos resultados que según ellos se obtienen en las artritis tuberculosas de la rodilla con la artrodesis; pero aunque así fuera, ¿qué tiene que ver lo que hace, por ejemplo, Ely en las rodillas tuberculosas con lo que ellos hacen en la columna vertebral? ¿Extirpan ellos focos? Aunque en este punto aparece mi primera duda.

Tanto estos cirujanos que pretenden extirpar un foco tuberculoso de una articulación, como estos que hablan de ejecutar su método y empiezan diciendo que se han de utilizar tantas ó cuantas vértebras por encima y debajo de las lesionadas, ¿qué garantía ofrecen para convencernos de que el tejido que eligen como sano para campo de sus operaciones, no está, por lo menos, predispuesto ó quizá en pleno período de invasión como lo estuvieron ó están sus vecinos? Porque hay que fijarse bien, señores, en lo que son los individuos tuberculosos de cualquier género para poder decir estas cosas.

Mas no sigamos por este camino y describamos aunque muy ligeramente estos procedimientos para recordarlos, que tiempo ha de haber después para hacer su crítica.

Albee toma el trozo de hueso que ha de injertar de la cara antero-interna de la tibia, donde según él es siempre posible obtenerlo sin que se comprometa la solidez de dicho hueso.

La longitud de dicho trozo varía según el número de vértebras que se han de fijar; su ancho ha de ser de 16 á 18 milímetros, su espesor de 8 á 12 y debe llevar un poco de medula ósea en su cara profunda. Este trozo deberá tener una forma prismática triangular, de manera que su arista se pueda introducir haciendo de macho en la hembra ó hendidura que se ha de tallar en los vértices de las apófisis espinosas. La adaptación es fácil mientras la jiba es moderada, porque si no lo es, un injerto rígido no resultaría y en este caso recurrir á varios medios, unas veces tallando la placa tibial lo suficientemente ancha para poderla obtener desde luego más curva, ó que se la pueda incurvar por medio de pequeños cortes hechos con sierra en sus bordes.

La hembra que ha de recibir el injerto se talla hendiendo las apófisis espinosas en una profundidad de 18 milímetros en su cúspide y separando los dos trozos para que dejen espacio suficiente. Recomienda Albee naturalmente tener mucho cuidado en arreglar y respetar todas las inserciones musculares y ligamentosas que tienen su asiento en dichas apófisis, de forma que

se dejen intactos todos los medios de sostén naturales del raquis.

La operación se dispone de la manera siguiente: El enfermo está en decúbito vertebral, se hace una incisión extensa sobre la línea media, sobrepasando hacia arriba y abajo el nivel de las apófisis espinosas que han de ser objeto del injerto, llegando hasta la extremidad libre cartilaginosa de las apófisis.

Después con la tijera se incinden éstas y se separan los dos fragmentos, se cubre la herida con compresas embebidas en suero caliente.

Inmediatamente sin cambiar la posición del paciente se flexiona una pierna sobre el muslo, posición que deja accesible la cara antero interna de la tibia, se la descubre y con las sierras mecánicas se talla el fragmento tibial de forma y longitud apropiada al injerto que se ha de hacer.

Este es inmediatamente transportado a la herida raquidiana y colocado sujeto entre las incindidas apófisis espinosas. Se le fija con sutura de tendón Kangaroo fuerte, comprendiendo los ligamentos.

Después de la operación no emplea corsé y deja a sus enfermos acostados en un lecho duro durante un tiempo variable, de cinco a doce semanas, que él aprecia necesario para que agarre el injerto, dejándolos luego levantarse y andar sin ningún sostén artificial.

Albee cuando publicó su procedimiento había tratado por él 55 pótticos de todas edades (desde dos a cincuenta y un años), 34 veces la hizo en vértebras dorsales, 19 en lumbares, 2 en cervicales. Las consecuencias fueron, según él, siempre benignas y, por lo tanto, bien soportadas.

No murió ningún operado, siempre agarró el injerto, aunque, según cuenta, en un enfermo que tuvo que ser operado de nuevo, pudo hacer constar la vitalidad del trozo injertado.

Hace constar igualmente que, incluso en tres enfermos en los cuales se encontraron focos tuberculosos en la región de las apófisis espinosas, el injerto agarró igualmente que en los otros casos.

Los resultados, según cuenta, fueron la desaparición inmediata de los dolores por inmovilización desde el tercer día, y se notaba en seguida mejoría del estado general. Algunos casos (dos niños y un adulto) pudieron andar a las cinco semanas, cuatro de ellos que tenían paraplejía la vieron desaparecer en el espacio de cinco o seis meses; en fin, el autor no habla de ningún fracaso, ensalza la rapidez de la curación y dice que cuando dió a luz su publicación, el más antiguo de sus operados databa de hacía quince meses. Claro que esto se refiere a las curaciones del injerto, pues nada dice de los focos tuberculosos vertebrales o no lo especifica bien.

Estos son los brillantes resultados obtenidos por Albee con su procedimiento, y que le han hecho clasificar su método de *panacea absoluta* (sic) del Mal de Pott.

El procedimiento de Russell A. Hibbs, difiere de éste en que una vez que incinde la piel y descubre la aponeurosis y los músculos a cada lado de las apófisis

espinosas, separa el periostio de éstas y el de las láminas vertebrales, secciona con escoplo y martillo incompletamente las bases de las apófisis, flexionándolas después hasta ponerlas en contacto con la sección hecha en la vértebra inferior. Se sutura después el periostio de ambos lados, así como los músculos y la piel. En los vendajes se ponen unos tutores de madera y se tiende al enfermo hasta que cicatriza y luego los pone corsé escayolado.

En España, que yo sepa, este procedimiento lo ha ejecutado el Dr. Garrido Lastache, del Hospital de Niños, en tres casos de los quince que nos refiere en su trabajo de 1917; uno de diez años de edad y de cinco de padecimiento en la región dorso-lumbar con parálisis, se operó el 1.º de Febrero de 1916, le dió de alta el 25 de Julio del mismo año, según dice, en vías de curación.

Otro de nueve años, dorso-lumbar, enfermo desde Diciembre de 1915, se operó el 10 de Junio de 1916, y en Julio seguía en tratamiento helioterápico, mejorado, y otro de cuatro años, no dice desde cuando lo padecía, se operó en Diciembre de 1915, y en 26 de Julio de 1916 seguía en tratamiento, mejorado.

El Dr. Arquellada presentó una comunicación a la Academia Médico-Quirúrgica en su sesión del 14 de Enero de este año, hablando de este procedimiento en que dijo había operado por él a 36 enfermos, algunos de más de tres años, sin presentarlos, y sin atreverse aún a sacar conclusiones definitivas, según consta en las actas.

Del procedimiento de Albee conozco el caso del Dr. Schloker, al cual se le hizo el injerto de la tibia de otro enfermo traumatizado, pero sano, es decir, una homoplastia.

De otros dos casos tengo noticias, y de los cuales he de hablar: me permitiréis que me reserve los nombres de los cirujanos en vista de los desastrosos resultados que obtuvieron.

El caso del Dr. Schloker fué presentado por este ilustre cirujano en la Real Academia Nacional de Medicina, teniendo yo la honra de intervenir en la discusión y exponer mis dudas acerca de la ventaja de esos procedimientos.

En aquella ocasión decía yo, replicando al doctor Schloker en unos de los párrafos, lo que he de repetir aquí.

(Se continuará.)

La vacuna antituberculosa del Dr. Ferrán

POR EL

DR. ANGEL PULIDO (1)

Yo vengo con Cortezo y Fernández Caro, hace más de treinta y cinco años, realizando intensa labor sanitaria en la prensa, en las Academias, en el Parlamen-

(1) Véase el número anterior.

tó, en España y en el extranjero, y en los cargos desempeñados, para desarrollar nuestra muy atrasada sanidad, y tengo la satisfacción de que á nuestros comunes esfuerzos (1) se debe un progreso que especuladores de la sufrida y crédula clase de médicos rurales quieren atribuirse despojándonos de la modesta gloria que merece. Yo presido el Consejo de Sanidad y tengo por ello el deber de conocer y vigilar los grandes hechos y sucesos sanitarios de la nación. Yo, por tal motivo, recibí un oficio del digno alcalde de Alcira, D. Bernardo Llinares, fecha 17 de Julio, invitándome, en nombre del Ayuntamiento y de la Junta local de Sanidad de aquella ciudad, á que asistiera y procurase asistieran los demás Consejeros nacionales de Sanidad, al acto extraordinario que se iba á realizar con motivo del ofrecimiento de Ferrán. Yo, por mis muchas conversaciones con el Dr. Salazar, conocía la sincera admiración que este eminente director de la Sanidad de España siente por los profundos estudios de Ferrán, lo mucho que le preocupa el ensayo de la vacunación y su necesidad manifestada de que hubiere en Alcira una persona de toda su confianza y de alguna pericia, para que le informase diariamente y con exactitud de lo que se haga en Alcira y lo que acontezca entre los miles de vacunados que van á sufrir el ensayo de una acción medicinal nueva. Yo había recibido, una y otra vez, invitaciones cariñosas y fervientes de Ferrán para que le acompañase en la vacunación, le animara en la prueba, le aconsejara con mi experiencia en las situaciones dudosas, y fuera un auxiliar espiritual suyo; porque no teniendo en aquella ocasión á su lado sus fieles amigos Gimeno y Candela, imposibilitados de acompañarle por ocupaciones y enfermedades, yo era uno de los pocos amigos supervivientes del año 1885 que con mi autoridad podía prestarle grandes servicios, como se los había prestado entonces. Yo sabía que para utilizar bien los servicios del Cuerpo Médico de Alcira y para otras disposiciones de género distinto, era hombre muy poco á propósito Ferrán, y que bajo este aspecto podría prestar á la vacunación, á la ciencia y á la Humanidad importante ayuda aconsejando, interviniendo y hasta dirigiendo y presidiendo en muchos actos y ocasiones. Y yo sabía —para acabar y no exponer más razones, alguna de ellas tan esencial como las exigencias de mi salud misma— que este ensayo se hacía sin cobrar á nadie nada, sin que figurase otro interés que el bien de la humanidad y que se hallaba eliminado por tanto, en absoluto, muy escrupulosamente, este agente de corrupción, engaños y vilezas, que todo lo desnaturaliza y pervierte.

Alcira era, por tanto, ya sólo un campo de servicios á la Humanidad, á la Patria y á la Ciencia; un escenario de virtudes, de investigación, de amistad, de pequeños heroísmos, un lugar, en fin, emporio de estudios, emociones, sobresaltos, sufrimientos y altruismo, donde se tendría todo lo que es trabajo, pero sin recoger un centimo, ni otro premio que el de hacer el bien y adquirir fundamentos de amor, de saber y de esperanza. Y ante

este examen y esta conclusión, mi conciencia me dijo ya con imperio: ¿Qué vacilación es la tuya? ¿Has hecho acaso cosa distinta en tu vida? ¿No fué siempre éste el único campo de tus actuaciones y el que no puedes abandonar si no quieres ser desleal á tu destino?

Y entonces, débil, —porque estaba en los primeros días de convalecencia de una grave enfermedad del sistema nervioso que me atormentó horriblemente durante dos años y medio, —sin voz, casi sin palabra y con el pensamiento torpe, tomé el tren y fui á Valencia, me uní á Ferrán, en el Hotel Inglés, y le dije: «¡Héme aquí, ya no está usted solo!».

Y porque no se me censure que halago mis vanidades pueriles, me callo cómo lágrimas de Ferrán y de su esposa, vertidas, y requerimientos de autoridades médicas y de personas distinguidas de Alcira, hechos, hubieron de atestiguar, en muchas ocasiones, la obra buena que mi presencia ha realizado y debe seguir realizando en una investigación que, feliz ó desgraciada, interesa mucho á la Medicina y no ha tenido igual ni precedente en pueblo alguno del mundo y de la historia.

Y ahora voy á resumir lo hecho, registrando, á modo de índice, las impresiones y las enseñanzas recogidas durante un mes. Las expondré como si fuesen notas recordatorias apuntadas en cartera.

El día 14 de Julio, á las diez de la mañana, comienza Ferrán la vacunación en el salón de sesiones del Ayuntamiento. —Patio, escalera, pasillos, todo está lleno de gente que va á vacunarse. Muchas madres llevan en brazos sus niños. Se suspende á la una, habiendo vacunado más de 800 personas. Por la tarde sigue la vacunación, acudiendo igual público. La escalera sigue llena de madres con niños: es emocionante esta solicitud maternal; y el cuadro de la escalera, con las madres contentas por los civiles, es magnífico. —La concurrencia es tan grande que se hace necesaria ya la guardia civil para conservar el orden. —Día 25. Hay médicos de Alcira ayudando á Ferrán, quien concluye por dejar en sus manos la jeringuilla y confiarles la vacunación. La concurrencia aumenta, y por ser tan grande, se impone la necesidad de montar dos centros más de vacunación, los cuales se instalan: uno en las Escuelas Pías, y otro en el Centro Obrero, que cuenta con 6.000 socios. —Muchos médicos, varios estudiantes de Medicina y de la Academia militar y algunos jóvenes distinguidos de Alcira colaboran con entusiasmo, registrando los nombres y llenando las papeletas individuales para la estadística de los vacunados. Los médicos muestran un plausible celo: Magraner, Marco, Blasco, Garrigues, Such y otros prestan auxilio muy estimable dirigiendo sus centros. Ferrán ha dejado ya de vacunar y se limita á ser un espectador y consejero. Yo no hago más que observar. —Advierto la necesidad de reunir en junta al Cuerpo Médico de Alcira, y celebramos la primera sesión el 31 de Agosto. Las vacunaciones no han provocado reacciones alarmantes, ni consultas dignas de mención. Se me presenta un vacunado con flegmón edematoso del brazo izquierdo, que no cede, y tiene muy alarmado al sujeto y su familia. Le doy una carta para que se la lleve al Dr. Magraner, indicándole don-

(1) Especialmente los de Cortezo.

de convendría hacerle una punción. La hace el doctor Blasco, y á los dos días el enfermo está ya muy mejorado y poco después pide revacunarse.—El 10 de Agosto se presenta una madre con un niño dispneico, febril, en estado alarmante, que fué revacunado de hace cuatro días. En el día siguiente compruebo que este niño tiene una bronquitis capilar, así reconocida luego por cuantos médicos le ven. Es extraña á la vacuna.—Día 11 de Agosto, segunda junta de médicos. Van ya cuatro días de revacunación, diez y ocho desde las primeras vacunaciones, y se puede formar juicio del efecto inmediato de la vacunación. La sesión es interesantísima, presidimos Ferrán y yo, con asistencia del Alcalde.—Magraner, en un discurso extenso y bien documentado, declara demostrada la inocuidad absoluta de la vacuna, con aprobación de todos los médicos presentes y señala efectos de alivio curiosos en muchos enfermos.

El día 15 de Agosto pido tercera reunión. En ésta, tres médicos se niegan á firmar el acta del 11, y unó expone casos en que sospecha que la vacuna ha producido tifoideas ó una infección febril. Examinados luego estos casos, se rectifica tal juicio. En esta misma sesión se finaliza reconociéndose otra vez, por todos, que la vacuna es cuando menos de inocuidad inmediata. Ferrán va á Barcelona á preparar vacuna, y yo regreso á Madrid, mientras pasan días y los médicos de Alcira realizan la tercera vacunación. Al día siguiente de mi llegada á Madrid recibo telefonema urgente diciéndome que Ferrán está malo, y que salga á escape para Barcelona. Ferrán tiene accesos fuertes de paludismo, adquirido en Alcira (1); fiebre de más de 40°, delirio y caída al suelo golpeándose la cabeza. Hay alarma en él, en la familia y en los que le vemos. Pasan días; Ferrán se repone y volvemos á Alcira, acompañados de Codina Castellví. Se está terminando la tercera vacunación y prevalece la conclusión de que la vacuna es perfectamente inocua, después de haberse practicado más de cuarenta mil vacunaciones. Se siguen observando casos numerosos de alivio en enfermedades crónicas variadas.

Hablamos Ferrán y yo con la Comisión de Alberique y Algemesí, y se convino en aplazar hasta Octubre la vacunación de estas villas, porque la mayoría de su vecindario se ocupa ahora en la recolección del arroz. Ferrán se vuelve á Barcelona para seguir preparando vacuna, haciendo su estudio y redactando notas para el extranjero. Yo regreso á Madrid. Queda en Alcira una Comisión provisional compuesta de los doctores Marco (subdelegado), Magraner y Blasco, encargada de atender á las necesidades que por el momento se presenten. En su día se arreglará definitivamente este asunto en Alcira. Habiendo pedido yo á dichos señores datos para comunicarlos á los lectores de EL SIGLO MÉDICO, recibo, en bloque, los siguientes:

Primera vacunación, 13.500; segunda, 10.000, y tercera, cerca de 7.000.

Cuando la estadística esté encuadrada se sabrán

(1) Es un escándalo esta endemia que sufre Alcira por haber variado el curso del río.

cifras más exactas. De hecho ha habido muchas más vacunaciones que no se han registrado.

Resultado: absoluta inocuidad en el individuo sano. La vacuna produce reacción local y general; aquella desaparece á los cuatro días, la segunda dura como máximo cuarenta y ocho horas. Omito detalles más propios de otro artículo, en el que se debe estudiar lo referente á reacciones, dosis, efectos sobre determinados estados, etc.

Efectos terapéuticos: Tengo nota individual de 75 casos de enfermos aliviados de cefaleas, algias, dispepsias, dismenorreas, linfoscrofulismo, catarros, tuberculosis, coqueluche, úlceras del estómago, enteritis crónicas y colitis mucosas, nevus, prurito anal, necrosis, laringitis, traumas, cardiopatías, leucorreas, etc. Hay más observaciones que no se me han comunicado.

Reconozco la necesidad de escribir cuando menos los tres artículos siguientes: El Cuerpo médico de Alcira y la vacunación antituberculosa. Doctrina antituberculosa de Ferrán, composición de su vacuna y efectos que produce. Y la Doctrina de Ferrán en la América del Sur, donde hoy tiene una realidad y una propagación mayor que la lograda en España, porque Ferrán no ha mostrado mucho interés en publicar sus notas aquí, ni hacer aquí partidarios.

Los lectores de EL SIGLO MÉDICO, amigos queridos míos desde hace cuarenta años, sabrán sobre tan importante y nacional materia cuanto puedan saber los de cualquiera otra revista.

Tratamiento radioterápico de la hipertrofia de la próstata.

FOR LOS

DRES. J Y S. RATERA

La hipertrofia de la próstata está caracterizada histológicamente por una lesión primitivamente glandular, considerada como un verdadero adenoma benigno ó como una de esas lesiones inflamatorias crónicas, que conducen á la proliferación del tejido glandular, á la que más adelante vienen á asociarse secundariamente lesiones del estroma fibromuscular y clínicamente por un conjunto de síntomas que comenzando desde la frecuencia nocturna de las micciones, acaban por conducir á la dificultad, cada vez más acentuada y progresiva, para orinar, hasta llegar á la retención completa de orina con todas sus consecuencias.

Desde el punto de vista anatomopatológico puede, por lo tanto, aceptarse tres tipos de hipertrofia prostática:

- 1.º Adenoma benigno;
- 2.º Adenofibroma, y
- 3.º Fibroma glandular.

Dada la sensibilidad que todos los órganos glandulares tienen frente á los rayos Roentgen y dado los excelentes resultados que la roentgenterapia produce en el útero, lo mismo cuando es asiento de lesiones inflamatorias que cuando se hipertrofia, dando lugar á la formación de fibromas, fué lógico que se pensase también atacar por la radioterapia esta afección tan peno-

sa, y en este sentido han sido hechos ya algunos esfuerzos hasta ahora.

Pero los resultados han sido limitados, pues los pocos roentgenólogos que de ello se han ocupado han sido siempre de opinión de tratar sólo las formas glandulares, reservando para la intervención quirúrgica aquellos casos donde la consistencia daba á entender que se trataba ya de adenofibromas ó fibromas.

Nosotros, animados por los excelentes resultados que obtenemos á diario en el tratamiento de los fibromas uterinos, nos decidimos también á realizar el tratamiento roentgenterápico de la hipertrofia prostática, con la esperanza de contribuir poco á poco á mejorar las condiciones técnicas y llevar á la curación mayor número de enfermos que los que hasta ahora ha sido posible curar.

A este fin comenzamos á tratar el primer enfermo en Diciembre de 1915, llevando hasta la actualidad tratados 15 enfermos, pero en pocos de los cuales ha sido posible realizar por completo el tratamiento dentro de buenas condiciones técnicas.

Observación núm. 1.—Enfermo de sesenta y cinco años, que sólo recibió dos irradiaciones en la región perineal los días 11 XII-915 y 10-I-916, y entre los dos aproximadamente una dosis de eritema. En este caso no nos fué posible comprobar el curso ulterior de la enfermedad.

Observación núm. 2.—Enfermo con hipertrofia prostática, al que de vez en cuando era muy difícil sondar por crisis congestivas prostáticas: mejoría desde la segunda sesión hasta el punto de que el Dr. Asúa, que era su médico de cabecera, tuvo necesidad de insistir para que recibiese algunas sesiones más, recibiendo en conjunto hasta cinco. La mejoría obtenida no volvió á perderse. Dosis: 13 X.

Observación núm. 3.—Enfermo de sesenta y un años, con frecuencia nocturna de micciones desde hace un año y molestias de retención también desde hace un año.

Tratado desde el 15 de Febrero de 1917 al 7 de Noviembre de 1917. Curación, habiendo sufrido antes una agudización de la cistitis que padecía. Dosis: 58 X.

Observación núm. 4.—Enfermo de setenta y cuatro años con próstata pequeña y dura. En este caso fué imposible obtener pronto una rápida mejoría y el enfermo dejó de venir á la consulta. Hay que hacer notar que las dosis que dábamos entonces eran inferiores á las actuales. Dosis: 38 X.

Observación núm. 5.—Enfermo que se hallaba ya cerca de veinte años con molestias para orinar, orinando cuatro ó cinco veces por la noche y 15 ó 20 por el día.

En este enfermo se hizo un tratamiento enérgico dándosele el 28 X 917, 18 unidades H, con rayos duros fuertemente filtrados y el 3 de Diciembre del mismo año 10 unidades H más.

La mejoría experimentada por el enfermo fué notable, cesando la polaquiuria nocturna y orinando por el día tres ó cuatro veces solamente.

Observación núm. 6.—Compañero nuestro, visto por el Dr. Asúa, con hipertrofia prostática y frecuencia de micciones desde hace dos años, más acentuada durante

el día. Por la noche tiene que orinar dos ó tres veces.

Tamaño actual de la próstata, como de una naranja mandarina.

Tratamiento.—Irradiaciones Roentgen los días 22 de Noviembre y Diciembre de 1917 y el 11 de Marzo de 1918. En total, 20 unidades H.

Ya después de las irradiaciones de Noviembre el enfermo sufrió mucho, pues reconocido por el doctor Asúa antes de las sesiones de Diciembre halló la próstata del tamaño de una próstata corriente de un individuo de treinta y cinco años. Sin embargo, para mayor seguridad, se le hicieron las aplicaciones de Diciembre y las de Marzo, dándole entonces el alta al enfermo y hallándose perfectamente curado en la actualidad.

Observación núm. 7.—Enfermo de sesenta y ocho años, con hipertrofia prostática de primer grado, localizada principalmente en el lóbulo izquierdo de la próstata, que se halla aumentada en un tercio de su tamaño natural, presentándose blanda y sangrando fácilmente al menor contacto.

El enfermo sólo ha tenido un episodio de retención en Julio de 1917, que se resolvió fácilmente.

El tratamiento se hizo desde el 12 de Enero de 1918 al 11 de Julio de 1918, con largos intervalos de descanso, habiendo recibido el enfermo 84 unidades X, y hallándose en la actualidad perfectamente, habiendo desaparecido unas pequeñas hemorragias que se presentaron durante el mes de Julio de 1918.

Los lóbulos prostáticos se redujeron considerablemente, sufriendo además una disminución en la consistencia que presentaban.

Observación núm. 8.—Enfermo de sesenta años, con hipertrofia prostática, presentando la próstata vez y media su volumen normal y siendo aplanada su forma y correspondiendo á toda la superficie de la cara anterior del recto. Forma poco relieve hacia la vejiga urinaria.

Su consistencia no es ni blanda, ni dura, perteneciendo al tipo de la que provoca un adenofibroma.

El tratamiento comenzado el 20 de Febrero de 1918, se continúa aún con grandes intervalos de descanso, pues el enfermo ha experimentado una gran mejoría, notando sólo en ocasiones una pequeña dificultad para orinar, pero habiendo desaparecido las restantes molestias que tenía, que no han reaparecido ni aun á pesar de haber dado el enfermo grandes paseos en coche, por calles mal empedradas, para comprobar mejor de ese modo la mejoría experimentada.

Cantidad de rayos Roentgen dada hasta ahora, 220 X.

Actualmente el lóbulo derecho de la próstata se halla normal; el izquierdo se conserva aumentado de volumen.

Observación núm. 9.—Enfermo de setenta y cuatro años, con próstata aplanada, ancha, que ocupa toda la superficie de la cara anterior del recto, que tiene aproximadamente el tamaño de una naranja mandarina; su consistencia es blanda, ligeramente consistente.

Ha presentado molestias para orinar aproximadamente desde hace tres años. En la actualidad tiene necesidad de ser sondado para orinar.

El tratamiento de este enfermo se realizó en dos etapas. La primera se hizo desde 1 al 5 de Abril de 1918 y recibió en ella veinte unidades H. y la segunda desde el 20 al 25 de Julio del mismo año y recibió veintisiete H. de rayos duros, fuertemente filtrados.

Es digno de notar en este enfermo dos hechos que ocurrieron; el primero fué un ascenso térmico del enfermo, cuya temperatura se elevó á 40° y décimas, dentro de las veinticuatro horas siguientes al final de las irradiaciones de la primera serie, y á los veinte días después la evacuación, por la uretra, de una colección purulenta, como si se hubiese abierto un foco purulento camino desde el interior de la próstata hacia la uretra, desapareciendo á las dos ó tres micciones siguientes todo indicio de pus y aclarándose la orina, que antes del tratamiento era turbia.

Cuando reconocimos la próstata por segunda vez antes de hacer la segunda serie de irradiaciones, se apreció en ella una considerable reducción de volumen, pues del tamaño de una mandarina, se había reducido al de un melocotón pequeño.

Después de la segunda aplicación se acentuó la mejoría, hasta el punto de que el enfermo no ha necesitado hasta ahora nueva serie de irradiaciones.

Observación núm. 10.—Enfermo de sesenta y ocho años, con hipertrofia prostática voluminosa y próstata blanda, de cuyos lóbulos el derecho es mayor que el izquierdo y existencia de molestias para orinar desde hace seis ó siete años, muy intensas desde hace pocos días antes de comenzar el tratamiento.

Este fué comenzado el 5 de Abril de 1918, y no bien se hicieron las dos primeras irradiaciones, cayó el enfermo en retención completa, lo que dado el tratamiento aprensivo del mismo, le hizo creer que la radioterapia le había agravado, cuando lo que ocurre, en realidad en estos casos, es un proceso reactivo igual al que se presenta en las adenitis tuberculosas que curamos á diario con la radioterapia, en virtud del cual, son asiento de una hinchazón tanto más intensa cuanto mayor cantidad de tejido es destruido por la irradiación, siendo al mismo tiempo asiento de una intensa congestión, que en la hipertrofia de la próstata se revela por la emisión de orinas sanguinolentas en las primeras micciones después de las irradiaciones, fenómenos que, según se avanza en el tratamiento, van atenuándose conforme es menor la cantidad de tejido enfermo sobre el que tiene que actuar la radioterapia.

En este caso ocurrió lo mismo que acabamos de decir, pues al poco tiempo cedían los fenómenos reaccionales, pero el tratamiento tuvo que interrumpirse, por tener que ausentarse de Madrid el enfermo durante el verano, reanudándose el 28 de Octubre, para darlo por terminado el 28 de Noviembre, pues según propia confesión del enfermo, se encontraba perfectamente, sin notar la menor molestia.

Observación núm. 11.—Distinguidísimo compañero, de sesenta y seis años de edad, que habiendo visto los beneficios obtenidos por nosotros en uno de los enfermos al que tuvo ocasión de tratar y notando los primeros síntomas de una hipertrofia prostática, vino á po-

nerse bajo nuestros cuidados, para que le practicásemos la radioterapia.

La próstata era asiento de una moderada hipertrofia y de sus lóbulos era el izquierdo ligeramente mayor y más consistente que de ordinario, teniendo desde hacía un año ligeros retardos de la micción al comienzo de ella, sobre todo por la noche, y cuando la vejiga tenía poca orina y á veces, también por la noche, interrupción momentánea del chorro. Cuando la vejiga tiene mucho orín, la micción es normal.

El tratamiento duró desde el 23 de Abril de 1918 al 22 de Junio de 1918, recibiendo sólo 56 unidades X después de lo cual desaparecieron las molestias, no volviendo á quejarse de nada desde entonces.

Observación núm. 12.—Esta observación, igual que la siguiente, quedó incompleta, pues el enfermo, neurótico en alto grado, no siguió con regularidad el tratamiento, no teniendo tampoco el menor cuidado en el régimen alimenticio que debía de seguir, hasta el punto de provocarse una cistitis por hacer uso de alimentos excesivamente condimentados y bebidas heladas.

Recibió solamente 36 unidades X, interrumpiéndose después el tratamiento y habiendo venido á recibir sesiones de radioterapia sólo los días 26 y 27 de Junio de 1918 y 8 y 9 de Julio del mismo año.

Observación núm. 13.—Enfermo de setenta años, con hipertrofia prostática, teniendo la próstata el volumen de una naranja grande, regularmente lisa por toda su superficie, y hallándose en retención completa desde hacía un mes.

El tratamiento se redujo á dos series de irradiaciones hechas durante los meses de Octubre y Noviembre de 1918 y dejando de venir después el enfermo á nuestra consulta.

Cantidad de rayos dada, 80 unidades X.

Observaciones números 14 y 15.—Se refieren a dos enfermos que se hallan actualmente en tratamiento, por lo cual no hacemos más que citarles; habiendo recibido el primer enfermo tres series de irradiaciones desde Diciembre de 1918 hasta Febrero de 1919 y el segundo solamente dos series durante los meses de Marzo y Abril de este año, con 120 y 180 unidades X, respectivamente.

Técnica.—Todas las técnicas empleadas hasta ahora pecan, en opinión de nosotros, de débiles, pues si mencionamos la de Schultz, este autor empleaba pequeñas dosis ($\frac{1}{5}$ de dosis de eritema, rayos 7 Wehnelt) en la forma glandular, para evitar los síntomas de autointoxicación debidos á una reabsorción demasiado rápida de la próstata hipertrofiada, ascendiendo en los casos en que se irradiaba la próstata á través del periné, en lugar de hacerlo por tubos de cristal plomado especiales, colocados en el intestino recto, á $\frac{1}{4}$ dosis de eritema con rayos de la misma dureza.

Las formas duras, formadas principalmente por tejido conjuntivo, no serían aptas, según este autor, pues reaccionarían mal al tratamiento.

Haret emplea preferentemente la irradiación á través del periné, haciendo uso de rayos núm. 7 Beucist, filtrados por $\frac{1}{4}$ milímetro de aluminio y administran-

do tres unidades H. por sesión, dando sesiones semanales.

Nosotros, queriendo aplicar la mayor dosis posible en el menor espacio de tiempo y partiendo de los principios que rigen hoy para la radioterapia profunda, hemos modificado la técnica, basándonos en las siguientes consideraciones:

Si se vé el esqueleto de una pelvis vista de atrás adelante (véase Testut, tomo I, pág. 373) se ve que la extremidad del coxis hace proyección aproximadamente hacia la unión del $\frac{1}{2}$ inferior con los $\frac{2}{2}$ superiores de la sínfisis pubiana.

Si por otra parte vemos la topografía de la próstata con relación á la sínfisis pubiana (véase Testut, tomo 4 IV-P. 901) vemos que la línea horizontal que llegando del coxis terminaría en el sitio de la sínfisis antes mencionado, cruzaría á la próstata un poco más arriba del centro de su cara posterior.

Estos datos anatómicos son los que nos han servido á nosotros para establecer cuatro zonas de irradiación situadas alrededor del vértice del coxis, dos derechas y dos izquierdas, tomando el vértice del coxis como centro. El espesor de los tejidos que hay que atravesar no es mucho mayor que el que habría que atravesar irradiando desde la región perineal; no hay que hacer las irradiaciones á través de ningún plano óseo, pues las vértebras coxígeas quedan entre las zonas derechas é izquierdas superiores de irradiación y además se tiene la ventaja de hacer llegar los rayos Roentgen normalmente á la superficie ó cara posterior de este órgano, en lugar de hacerlo desde el vértice á la base, como se hace con la irradiación perineal.

Además, en los casos en que sea necesario actuar más intensamente, podrá asociarse la irradiación perineal á las irradiaciones posteriores y aun hasta hacer la irradiación desde la parte inferior de la región pubiana.

Desde las zonas coxígeas de irradiación, nosotros dirigimos la luz Roentgen de un modo convergente hacia la profundidad, á fin de localizar la acción lo más posible sobre la próstata, y hacemos una ó dos irradiaciones mensuales, con rayos muy penetrantes, filtrados á través de 3, 4 y 5 milímetros de aluminio, eligiendo los filtros con arreglo al tamaño de la próstata y la mayor ó menor corpulencia de los enfermos. Como dosis normal damos la de 5 unidades H por zona de irradiación, pudiendo aumentar ésta á 10 ó 15 unidades H por campo, en los casos que se haga uso de una intensa filtración, que nos pondrá á cubierto de una radiodermatitis, pero con la condición de espaciar entonces dos y tres meses las próximas sesiones. De esta manera podemos acumular un gran efecto profundo, dejando absolutamente indemne la piel, pues hasta ahora no hemos observado absolutamente ninguna reacción.

Accidentes que puede provocar el tratamiento.—Pueden presentarse dos accidentes: la retención completa y la cistitis.

El primero se ha presentado en nuestras observaciones 8 y 10 y debe de interpretarse, como antes hemos dicho, como un fenómeno reaccional debido á

la destrucción del tejido enfermo prostático, que va acompañado de una intensa congestión é hinchazón de la próstata; la congestión se hace ostensible además por la emisión de orinas muy encendidas ó sanguinolentas y en algunos de nuestros enfermos ha llegado á manifestarse en forma de pequeñísimas hemorragias. Afortunadamente, todos estos fenómenos ceden pronto, siendo muy raro que en los casos que tardan más en desaparecer, duren más de una semana.

La cistitis ha sido mencionada también por Moskovicz quien ha publicado las observaciones de cinco enfermos á quienes desde hacía mucho tiempo había necesidad de practicarles el cateterismo y en los que se restableció la micción espontánea, al mismo tiempo que el tumor prostático sufrió una disminución notable bajo la influencia de la radioterapia. Sin embargo, dice este autor: «Esta mejoría no se estableció sobre los enfermos sino mediante una agravación de la cistitis purulenta de la que se ha querido ver la causa en la irritación de los tejidos determinada por la destrucción rápida del epitelio glandular.»

Nosotros hemos visto esta complicación en el enfermo de la observación núm. 3, el cual presentó á raíz de las últimas irradiaciones que se le hicieron, una cistitis intensísima que fué tratada inteligentísimamente por el Dr. Asúa, quedando el enfermo, una vez desaparecida aquella, cosa que exigió algún tiempo, sin ninguna molestia para orinar y no habiendo tenido necesidad de hacerse más irradiaciones desde Noviembre de 1917 en que se irradió por última vez.

Actualmente estamos tratando otro enfermo, en el cual, más bien que presentarse esta complicación, lo que ha hecho es exacerbarse, puesto que ya llegó al tratamiento con todos los síntomas de cistitis.

Fuera de estos casos, en todos los demás no se ha presentado esta complicación.

Conclusiones.

I. La hipertrofia de la próstata es una afección que con los progresos de la radioterapia profunda realizados en los últimos años, cae dentro de este género de tratamiento.

II. Así como hasta ahora el principal beneficio era obtenido en las hipertrofias glandulares de la próstata, nosotros hemos obtenido reducciones de volumen en próstatas que presentaban todos los caracteres de un adenomioma.

III. Pueden presentarse durante el curso del tratamiento cistitis ó agudizaciones de cistitis existentes. En todo caso no cabe atribuirlos al tratamiento Roentgen, toda vez que los rayos Roentgen no favorecen ninguna infección, sino al hecho de que puedan abrirse abscesos que se hallen en el espesor del tejido prostático, como de ello hemos tenido la prueba evidente en uno de los casos tratados.

IV. Basándonos en datos anatómicos, creemos que la puerta de entrada de elección para los rayos Roentgen es la región coxígea. En efecto, el espesor de los tejidos que hay que atravesar no es mucho mayor que cuando se hacen actuar aquellos por vía perineal y además

se tiene la ventaja de irradiar a la próstata normalmente al plano de su cara posterior, presentando en este caso una superficie mayor a la irradiación que cuando éste se hace por vía perineal.

V. Sin embargo, en casos urgentes, en los que convenga proceder lo más rápidamente posible, por la intensidad de los síntomas, puede y debe hacerse la irradiación por la vía coxígea y la vía perineal.

VI. Para obtener toda la ventaja posible del tratamiento Roentgen, es necesario realizar éste en una época en la que todavía no se haya perdido la contractilidad vesical, por atrofia de su plano muscular.

Estos son los casos en los que se obtienen los mejores resultados.

Bibliografía.

FRANK SCHULTZ: Die Röntgentherapie in der Dermatologie, 1910, pág. 189.

HARÉ: Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la radiothérapie, *Arch. d'Elect. Med.*, núm. 368, 25 Octubre 1913, pág. 362.

Periódicos médicos.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Dos formas de embarazo anómalo: el embarazo intersticial y el angular, por el Dr. Vandescail.**—El embarazo extrauterino se diagnostica hoy con relativa frecuencia. Pero en el límite entre el embarazo ectópico y el normal, se encuentran las dos formas que encabezan el artículo: el angular que se desarrolla en uno de los cuernos del útero, pero desde luego dentro de la cavidad normal, y el intersticial que asienta en la porción de la trompa comprendida en el espesor de la pared uterina antes de desembocar en el ostium uterino. La primera de ambas formas es normal y no necesita intervención de ningún género; la segunda es ectópica y conviene diagnosticarla cuanto antes, para no dar lugar a que aparezca el accidente cataclísmico. Durante los dos ó tres primeros meses del embarazo, puede éste no dar síntoma alguno de ser ectópico, pero entonces aparecen por lo regular síntomas subjetivos, como dolor en la fosa afecta, ú objetivos como metrorragias ó flujos oscuros.

Al presentarse la enferma al médico, éste procederá al reconocimiento en el que apreciará probablemente el útero de tamaño aumentado, pero no globuloso como en el embarazo normal, sino asimétrico, presentando un tumor en el asta donde asiente el embarazo; además este tumor lleva consigo varias modificaciones que se traducen por tres síntomas capitales: 1.º, la verticalidad del fondo del útero, puesto que uno de los extremos de este fondo se encuentra levantado, en vez de ser horizontal y ligeramente convexo, hacia arriba está inclinado; teniendo su extremo más elevado en el sitio del tumor; 2.º, la asimetría de colocación de los anejos, los del sitio donde asientan la gestación se encuentran más altos que los del lado opuesto; 3.º, la inserción del ligamento redondo, cuando se la encuentre se percibe por fuera del tumor. Si no se interviene á tiempo el embarazo sigue dos caminos; o bien se rompe y da lugar al accidente cataclísmico o se enquistiza, que es lo más frecuente.

Este enquistamiento unas veces se debe a la ruptura y otras á una especie de hernia de la cavidad á través de la pared que permite la salida de todo ó de parte del huevo. Antes del enquistamiento es corriente que haya un período de

lipotimias, dolores y vómitos. Con el reposo y las aplicaciones de hielo todo vuelve á la normalidad, pero el quiste queda como un nuevo anejo del útero.

El tratamiento es el de toda gestación ectópica, la intervención. Si se practica la laparotomía cuando aún está poco desarrollada, se puede el cirujano contentar con hacer una extirpación cuneiforme, llevándose los anejos del lado enfermo y dejando en su sitio los del lado opuesto, así como la porción restante del útero. Si es preciso se hace una reimplantación del ligamento redondo. Si el caso está más avanzado, no hay más remedio que hacer una histerectomía subtotal, dejando un ovario si la mujer es joven.

El embarazo angular asienta en punto muy próximo al que ocupa el intersticial, pero como está ya dentro de la cavidad uterina nada se opone á que su desarrollo sea normal hacia la cavidad. En las primeras fases de este embarazo, aparte de los síntomas de toda gestación el útero se presenta á la palpación como un tumor bilobado; uno de los lóbulos está constituido por el cuello y la parte del cuerpo que está desocupada, el otro por el ángulo uterino donde asienta la gestación. El primero es duro, el segundo blando. El signo de Hégár ó sea la flexibilidad del cuerpo sobre el cuello está desplazado, dicha movilidad se encuentra ahora entre ambos tumores. Además la inserción del ligamento redondo está siempre por fuera de la tumoración. Hacia el tercero ó cuarto mes se habrá extendido la gestación á todo el útero y ya nos encontraremos frente á un caso de embarazo completamente normal.

En las primeras fases, la gestación intersticial se suele caracterizar por dolores, unas veces localizados y otras extendidos á todo el vientre. Si estos dolores alcanzan gran intensidad en el momento que el huevo fuerza la cavidad general del útero para hacerse el embarazo normal, no es raro que se acompañen de vómitos, náuseas, lipotimias, palidez y pulso rápido, cuadro, según se ve, muy parecido al de la ruptura del embarazo extrauterino. Como vemos, los síntomas no son muy característicos, pero de todos modos sirven de guía. Desde luego que cuando haya lesiones del útero ó de sus anejos, el diagnóstico se puede complicar hasta hacerse imposible.

Uno de los síntomas que más pueden servir para diferenciar las dos formas de embarazo de que nos hemos ocupado de otros embarazos extrauterinos, es el hecho de que el ligamento redondo se inserta siempre por fuera de la tumoración que forman éstos, al paso que la debida á los que hemos estudiado está siempre por dentro. Sin embargo, es preciso reconocer que sólo pocas veces se consigue palpar el punto de inserción del ligamento redondo. (*Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, 10 Agosto, 1919.)

2. **El cerclage de la vagina en los prolapsos de las mujeres ancianas.**—En las mujeres ancianas, presentando un prolapso congenital completo, las operaciones clásicas la colpoperineorrafia con sutura de los elevadores combinada á la histeropexia, dan á menudo un resultado negativo á causa de la insuficiencia de los tejidos. En estos casos es donde se aplica el «cerclage de la vagina» del Dr. Venot, operación sencilla en la que basta una corta anestesia general con cloruro de etilo. Pequeña incisión transversal en la pared uretro vaginal y vaginal posterior; empleo de un hilo de plata que aprieta y anuda sobre el mango de una aguja de Reverdin: sutura de las dos incisiones. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 25, 8, 19.)

3. **El prolapso del utero grávido.**—El Dr. Andréodias presenta la historia clínica de una mujer embarazada, con prolapso del utero con salida constante y total de todo el cuello fuera de la vulva. A este propósito, el autor dá algu-

nos detalles sobre esta complicación en el embarazo y en el parto.

El cuello hace hernia y presenta un volumen enorme debido no á la hipertrofia pero á la elongación, al edema circulatorio y á los fenómenos de reacción de orden infeccioso. El prolapso que fué brusco, resultado, probablemente, de un esfuerzo violento, ha sido favorecido por las modificaciones aportadas por el embarazo y sobre todo por un rasgón del periné en un primer parto. Es muy raro que el embarazo se interrumpa prematuramente. Las dificultades del parto provienen de la prolongación de la dilatación que se efectúa á menudo con rasgones. Se deben tomar, durante el trabajo, muchas precauciones contra la infección facilitada por las ulceraciones del cuello y la endometritis cervical purulenta que son ocasionadas por los contactos exteriores sépticos (*Journal de Medecine de Bordeaux*, 25, 8, 19.)

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La sífilis en Madagascar.**—Ejerciendo en Madagascar, Morin ha observado en las tropas indígenas 111 casos de sífilis en su primer período y principios del segundo.

La llaga primaria es generalmente grande y se continúa a menudo en el interior del meato (6 casos sobre 35); se ha observado solamente un caso de chancro extragenital.

La roséola pasa generalmente desapercibida. Debe ser muy intensa para que se descubra. Las erupciones con costra son frecuentes así como las placas mucosas de la boca, siendo más comunes las placas del escroto y hay que buscarlas en los casos de observaciones venéreas.

Todas estas erupciones desaparecen rápidamente con el tratamiento. (*Journal de Medecine de Bordeaux*, 28, 8, 19.)

MEDICINA INTERNA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Pseudo angor de origen venoso.**—Estudio patológico nuevo del origen venoso de ciertas anginas de pecho sacado del análisis de signos estetoscópicos observados en un enfermo que presentaba frecuentemente, después de un esfuerzo, marcha, comida, el tipo bien conocido de la compresión presternal angustiosa y que obligaba al paciente á pararse unos segundos y á continuar su marcha con lentitud.

Son disturbios de la circulación venosa que se oponen á la corriente arterial y que producen la presión sanguínea, hacia la aorta, del sistema venoso á retro.

El autor insiste sobre el hecho de que gracias á la capacidad del sistema venoso estos angores son de una benignidad relativa; estos enfermos sufren durante muchos años, pero la enfermedad no ocasiona la muerte. (*Journal de Medecine de Bordeaux*, 10 Septiembre 1919.)

2. **Defectos cardiovasculares, por L. M. Warfield.**—Warfield demuestra que hay cierta clase de jóvenes de aspecto por lo general sano que, á pesar de esto, sufren un grupo de síntomas subsiguientes á ejercicios leves, caracterizados por respiración agitada, dolor precordial, mareos, trepidación y agotamiento. También puede haber dolor de cabeza, insomnio, manos y pies fríos y pegajosos y sudor profuso. Estos hombres no se hubieran descubierto nunca, si no hubiera sido por el servicio militar obligatorio que hizo que miles de jóvenes fueran examinados físicamente. No se quejan de nada, por regla general, que les haga buscar los consejos de un médico. Como se dan cuenta de que pueden ganarse la vida mejor con un trabajo ligero sedentario que con un trabajo pesado, buscan los destinos más ligeros. La mayoría se sorprende cuando se les dice que están enfermos en realidad, aunque han reconocido el hecho

de que les es imposible realizar un ejercicio violento que otros hombres conocidos suyos pueden hacer. Un número determinado van a ver al médico que puede diagnosticar una lesión cardíaca ó neurastenia. No hay factor etiológico común entre los defectos verdaderamente cardiovasculares, no pudiéndose encontrar causa alguna, con excepción de una inferioridad constitucional, una mala calidad de los tejidos que debemos suponer es la responsable del síndrome. El síndrome es producido, entre otras causas, por ciertas enfermedades crónicas ó es resultado de enfermedades agudas graves. Cuando hay una base patológica clara, como tuberculosis pulmonar, ó infección crónica, de foco, etc., etc., la curación de la enfermedad hace que el síndrome desaparezca. Los casos resultantes de una enfermedad infecciosa ó basados en una inferioridad constitucional no se mejoran. (*American Journal of Medical Science*, Agosto 1919.)

3. **Etiología de la fiebre amarilla, por H. Noguchi.**—El examen de la sangre fresca de los pacientes de fiebre amarilla por medio del ultramicroscopio llevado á cabo por Noguchi en más de veintisiete casos, reveló en tres de ellos la presencia del *Leptospira icteroides*. La inyección en los cobayas de la sangre de dos de los tres casos positivos produjo en los animales una infección mortal, aunque la sangre del tercer caso positivo no infectó mortalmente á los cobayas.

Los frotos de sangre coloreados de los casos correspondientes también se examinaron, pero el porcentaje que presentó el leptospira en la sangre no fué mayor que el que se encontró en el examen de la sangre en fresco con el ultramicroscopio.

El análisis de la orina al ultramicroscopio y por inoculación en cobayas fué totalmente negativo en trece casos, incluyendo muchos convalecientes, pero en un caso uno de los cobayas inoculados con 10 c. c. de orina cayó al décimoquinto día con síntomas sospechosos (ictericia sospechosa, y algunas lesiones hemorrágicas y parenquimatosas de los pulmones y riñones). Este ejemplar no presentó leptospiros en el ultramicroscopio.

En la infección experimental de los cobayas con el *Leptospira icteroides*, la sangre se hizo infecciosa en muchos casos cuarenta y ocho horas después de la inoculación y siempre fué infecciosa después de setenta y dos horas. El hígado y el riñón se hacían simultáneamente infecciosos con la sangre. El descubrimiento de los microorganismos por medio del ultramicroscopio rara vez se llevó á cabo antes del quinto día. Los organismos abundan más al sexto ó séptimo día, pero disminuyen ó desaparecen por completo antes de la muerte.

En el intervalo el número de microorganismos aumenta en el hígado y riñón, de donde desaparecen cuando la ictericia y los otros síntomas se agravan. Cuando ocurre la muerte, estos organismos parecen haber perdido la mayoría de los leptospiros, y la inoculación positiva por medio de ellos es menos segura. En la última fase de la enfermedad la sangre se encuentra á veces libre de los organismos y cesa de ser infecciosa. (*Journal of Experimental Medecine*, Agosto de 1919.)

TERAPEUTICA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Estudio clínico sobre la acción hipotensiva del espino blanco (*Crataegus oxiacantha*), por el Dr. H. Clerc.**—Hace ya algunos años que el autor hace constar la importancia de esta substancia en la terapéutica cardiovascular y ahora ha visto confirmados los resultados que ya entonces señaló. El espino blanco es un tónico cardíaco, además ejerce una función reguladora sobre los vasos, establece

un equilibrio entre la presión sanguínea y la fuerza de impulsión cardíaca. Disminuye el eretismo vascular. Por otra parte obra como regulador del sistema nervioso del corazón. Emplea la tintura de *cratægus* á la dosis de treinta gotas diarias, tomadas la mitad por la mañana y la mitad por la noche. El efecto no es inmediato, pero tampoco se hace esperar mucho. Se debe continuar por bastante tiempo el uso del medicamento; así el autor lo aconseja durante quince ó veinte días al mes por tiempo indefinido. Cita á continuación cinco casos de hipertensión, algunos con lesiones cardíacas y otros cardíacas asociadas á otras nefríticas en que el resultado ha sido muy favorable, siempre asociado al tratamiento farmacológico el dietético. (*Le Courrier Medical*, 8 de Junio de 1919.)

CIRUGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Prótesis funcional del nervio radial, por el doctor J. Privat.—Tiene por objeto facilitar el funcionamiento normal de la mano, y para conseguirlo es necesario estudiar los movimientos que realiza la mano cuando quiere coger y comprimir un objeto, cuáles son los músculos encargados de estos movimientos, y cuáles de esos músculos están inervados por el nervio radial. Después se buscará un artificio para sustituirle. Para coger un objeto y comprimirle, aparte de hacer que quede comprendido en una pinza formada por el pulgar y los otros cuatro dedos, se lleva á cabo cierto grado de flexión de la mano sobre el antebrazo; dicha flexión es distinta para cada tamaño del objeto. Si se trata de un utensilio fino, la mano queda casi en extensión; en cambio, si es grueso, el ángulo que forma la mano con el antebrazo es más agudo en el lado de la flexión.

Ahora bien, para realizar este movimiento de flexión de la mano intervienen dos grupos de músculos, por una parte los activos, ó sea los flexores: palmares mayor y menor, cubital anterior (aparte de los flexores de los dedos), y por otra, los antagonistas ó extensores: primero y segundo radiales externos, cubital posterior. Si estos músculos se encuentran paralizados por una lesión del nervio radial, al contraerse los flexores arrastran consigo la mano hasta una posición de flexión máxima, y dificultan la compresión que es más intensa en una posición determinada para cada objeto, según su tamaño.

Desde luego no disponemos de un mecanismo que sustituya la acción de los músculos extensores hasta el punto de permitir en cada caso el grado de flexión conveniente, pero para aliviar al enfermo nos basta con colocar en la cara dorsal de la mano un resorte, de fuerza tal, que no permita á la mano doblarse sobre el antebrazo al menor requerimiento de los flexores de los dedos, pero que no sea tampoco tan excesiva que exija de los flexores un esfuerzo innecesario é inútil para conseguir el grado de flexión preciso. Estos límites son bastante amplios. Para convencerse de ello basta ordenar á un sujeto con parálisis del radial que haga la flexión de los dedos, y que trate de comprimir con fuerza mientras el médico se opone á que la flexión de la mano se verifique, y se observará que con bastante facilidad se mantiene la extensión. Ordénese entonces inmediatamente que haga la flexión de la mano sobre el antebrazo, y para conseguir oponerse á este movimiento será necesaria una fuerza mucho mayor.

Algunos autores se han ocupado de la conveniencia de que este aparato permitiese ó facilitase los movimientos de abducción y adducción de la mano, producidos por el primer radial externo y el cubital posterior. En realidad, para que pudiese tener un efecto beneficioso sería necesario que uno

de los músculos funcionase bien; más si los dos están paralizados, el juego de la muñeca en este sentido sería loco, y, por lo tanto, vale más suprimirle. Alguien ha objetado que al hacer la flexión de la mano se verifica un ligero movimiento de adducción que sería conveniente tener en cuenta para la construcción del aparato, pero esta aproximación también se verifica al hacer la flexión pasiva de la mano; por lo tanto, no depende de una contracción del cubital posterior, sino de la disposición de las superficies articulares. De todos modos, esta particularidad se tendrá en cuenta, no para dar al aparato un movimiento lateral innecesario, sino para disponer el eje de la flexión, de tal modo, que ésta siga su marcha normal y el tutor interno del aparato no roce ni cause erosiones en el borde cubital de la mano. (*La Presse Medicale*, 11 de Agosto de 1919.)

2. Diverticulitis y oclusión intestinal.—Un muchacho de trece años tiene una diverticulitis. La extremidad del divertículo, donde probablemente residen la mayor parte de las lesiones, viene á adherirse al mesenterio enlazando dos asas intestinales. Al principio de la enfermedad signos de una infección peritoneal análoga á una pequeña crisis de apendicitis aguda; luego sobrevienen las manifestaciones de una oclusión de marcha subaguda. En el noveno día interviene. Resección del divertículo.

Cura per primam. (*Journal de Medicine de Bordeaux*, 10 de Septiembre 1919.)

3. Sobre un caso de lipoma profundo del brazo.—Se trata de una mujer de cuarenta años que presenta en la parte antero-interna del brazo izquierdo un fibro-lipoma encapsulado con adherencias profundas. La causa de esta adherencia constituye el punto interesante de la observación: este lipoma nace en el tejido celular de la depresión subdeltoidea vecino al nervio radial. El tumor en su desarrollo ha disociado las tres porciones del tríceps rechazando hacia adelante la aponeurosis superficial ya adelgazada y tomando como un hilo conductor la rama interna del nervio radial se ha insinuado entre el tríceps y el vasto interno.

Se trata en definitiva de un lipoma subcutáneo cubierto por una débil capa aponeurótica con adherencias profundas y en el que la clínica no ha podido descubrir su origen aponeurótico. (*Journal de Medecine de Bordeaux*, 25, 8, 19.)

4. Notas sobre algunos casos de fracturas del antebrazo.—Cinco fracturas abiertas por proyectiles del cúbito y del radio, estudiadas con la radioscopia nos han permitido las siguientes observaciones: Una sola fractura cubital de la parte inferior, con pérdida de substancia ósea, presentaba una desviación cubital y fué inmovilizada en pronación. Tres fracturas del cúbito en su tercio medio y hacia arriba, no presentando desviación alguna, fueron inmovilizadas con éxito en supinación. Dos fracturas altas del radio y del cúbito fueron inmovilizadas, bajo verificación radiológica, una en semiflexión, otra en extensión, contra toda regla, que exige que se inmovilice en flexión marcada las fracturas altas de estos huesos.

De estas observaciones se deduce la importancia capital del examen radioscópico para bien inmovilizar las fracturas del antebrazo y las grandes ventajas que se obtienen practicando dicha inmovilización bajo examen radioscópico.

Siguen las precauciones indispensables para eliminar, en la radioscopia, las causas de error capaces de simular una desviación cubital inexistente. (*Journal de Medicine de Bordeaux*, 10 de Septiembre 1919.)

5. Cranioplastia, por Primrose.—Primrose realizó 42 cranioplastias en 38 pacientes. Casi todos los pacientes padecían de dolor de cabeza. Por regla general la jaqueca se alivió por completo con una cranioplastia seguida de éxito.

El alivio de los mareos por la operación fué más pronunciado que el del dolor de cabeza. En los casos de sordera, zumbido de oídos, visión defectuosa y afasia no había nada que hiciera pensar que la operación ejerciese efecto alguno sobre el estado. En cuanto á la hemiplejia que se observó en 15 casos en grados variados, el estado presentó una mejoría progresiva en todos los casos dejando usualmente una debilidad residual, pero en los casos excepcionales desapareció por completo. No puede asegurarse que la substitución de la pérdida de substancia ejerciera efecto alguno sobre la parálisis de estos casos. El valor de la operación en los casos más complicados, especialmente los que padecían epilepsia jacksoniana, es menos manifiesto. Primrose está convencido de que el valor del injerto aponeurótico es digno de tenerse en cuenta. Cuando hay una irritación cortical, con mucho tejido cicatricial é invasión de la duramadre, lo más conveniente es hacer una disección libre del tejido cicatricial, extirpando la banda de la duramadre invadida substituyéndola por una banda de fascia lata para llenar la pérdida de substancia. Siempre que haya una pérdida de esta naturaleza en el cráneo debe cerrarse. Los síntomas producidos por la existencia de dicha pérdida de substancia y dependientes directamente de ella serán combatidos completamente con una cranioplastia. (*Annals of Surgery*, Julio, 1919.)

PSIQUIATRIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las etapas mentales de los conmocionados.**—André Barbé (*Revue neurologique*, 1919, 5, p. 414) dedica un nuevo y documentado artículo a comentar este interesante asunto de la Psiquiatría de la guerra.

Desde el punto de vista del momento de su producción los trastornos mentales post-conmocionales pueden ser *rápidos* (confusión mental simple, confusión mental alucinatoria, torpeza intelectual); *lejanos* (un mes o dos: amnesia, torpeza, estado alucinatorio); *tardíos* (un año o dos: paso al estado crónico de los trastornos, debilidad intelectual simple o catatónica, demencia).

Desde el punto de vista de la sintomatología pueden ser *simples y complejos*.

Desde el punto de vista de la evolución pueden ser:

- De término inmediato por curación;
- De curso largo con etapas diferentes;
- De desenlace demencial *d'emblée*.

En esencia, los trastornos mentales confusionales pueden referirse a los siguientes tipos:

- 1.º Estado confusional simple o alucinatorio.
- 2.º Amnesia.
- 3.º Torpeza intelectual persistente con o sin alucinaciones.
- 4.º Síntomas periódicos (excitación y depresión).
- 5.º Trastornos del carácter y reacciones.
- 6.º Paso al estado crónico.
- 7.º Estado demencial simple o asociado.

El autor analiza cada uno de estos grupos de alteraciones, aduciendo historias clínicas en comprobación.

Como conclusión más interesante puede obtenerse la de que existe una corta relación cuantitativa entre la explosión y los trastornos mentales que de ella resultan.

De todos modos, el pronóstico es difícilísimo de hacer, sobre todo al principio de los trastornos: la conmoción desde el punto de vista mental puede conducirse como una infección o una intoxicación: puede provocar trastornos psíquicos que son tanto más intensos y más duraderos, cuanto más acentuadas son las lesiones orgánicas.

NEUROLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Epilepsia tardía y senilidad cerebral.**—Tiene importancia, dice el Dr. Anglade, precisar los diversos modos del comienzo y los síntomas clínicos de las lesiones anatómicas de la senilidad cerebral. En el caso particular ha empezado por la melancolía á cincuenta y tres años, melancolía velada y con frecuentes y cortas crisis de excitación. Sobreviene luego a los sesenta años la epilepsia total.

En la autopsia, esclerosis cortical visible á simple vista en las regiones frontales y temporo-occipitales. Grandes lagunas en el cerebelo. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10, 9-19.)

2. **Epilepsia tardía y senilidad cerebral (una forma clínica y anatómica).**—Una mujer de cuarenta y seis años, dice el Dr. Anglade, presenta una crisis de epilepsia. Cefalea consecutiva sin trastornos mentales. A cuarenta y siete años segunda crisis, seguida al poco tiempo de otras varias. Crisis de sobreexcitación y decadencia mental rápida. Muerte por complicaciones pulmonares.

Cerebro con lesiones extendidas de esclerosis cortical visibles á simple vista, presentando además dos grandes núcleos de substancia verdadera por encefalea, por vaciamiento progresivo de los focos de esclerosis. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10, 9-19.)

3. **La punción lumbar en la meningitis, por Wegeforth y J. R. Latham.**—Se ha encontrado clínicamente que las infecciones de las meninges ocurren con bastante frecuencia como consecuencia de practicar una punción intrarraquídea durante una septicemia. Wegeforth y Latham citan cinco casos de esta naturaleza. Para evitar en lo posible la producción accidental de una meningitis como resultado de la punción diagnóstica, se recomienda: 1.º, que se conceda atención minuciosa al estudio bacteriológico de la sangre antes de realizar dichas punciones; 2.º, que en las enfermedades agudas en la ausencia de signos definidos de irritación del sistema nervioso central, se evite la punción lumbar á no ser que el torrente circulatorio esté libre de infección; 3.º, que cuando los síntomas clínicos sean tales que una punción lumbar parezca conveniente, deben extraerse cantidades mínimas de líquido; 4.º, que las agujas de calibre pequeño sean las únicas que se utilicen para realizar la operación con objeto de evitar en lo posible el rezumamiento subsiguiente de licor cefalorraquídeo á los tejidos circundantes. (*American Journal of Medical Sciences*, Agosto 1919.)

4. **La reacción del oro coloidal en las psicosis, por E. Rawlings.**—Rawlings hace un análisis de la reacción del oro coloidal en 498 casos de diferentes psicosis en que se sospechaba una sífilis nerviosa deducida de los hallazgos clínicos de las alteraciones pupilares, exageración ó pérdidas de los reflejos, defectos del habla, historia de proceso precoz cardiovascular ó apoplejías; en los abortos, en los partos á término con feto muerto, en el desarrollo mental defectuoso ó cuando había manifestaciones sífilíticas francas en relación inmediata. No se punccionó ningún caso que no presentara ó la reacción de Wassermann positiva ó el suero con síntomas neurológicos sospechosos, ó síntomas neurológicos que dieran poco suero á la reacción negativa. Se obtuvieron los siguientes resultados: 103 pacientes dieron curvas parésicas con reacción de Wassermann positiva en el suero ó en el líquido cefalorraquídeo ó en ambos; diez dieron una curva sospechosa de parálisis incipiente con reacción de Wassermann negativa en el suero y en el líquido cefalorraquídeo; cincuenta y tres dieron curvas sífilíticas con reacción de Wassermann positiva ya en el suero ó en el líquido cefalorraquídeo.

ó en ambos; 118 dieron curvas sífilíticas con reacción de Wassermann negativa en el suero y en el líquido cefalorraquídeo; 209 pacientes dieron reacción negativa al oro coloidal, de los cuales presentaban reacción de Wassermann positiva del suero y tres reacciones positivas de Wassermann del licor cefalorraquídeo; cinco dieron curvas típicas, siendo tratados varios casos. De aquí deduce Rawlings, que el líquido cefalorraquídeo de los casos de la demencia parálítica produce una curva bastante característica con la solución del oro coloidal, lo que es tan frecuente que es casi diagnóstico. En siete casos el diagnóstico se confirmó por la autopsia. El licor cefalorraquídeo de los parálíticos taboparésicos puede dar ó curvas sífilíticas ó curvas parésicas bajas. La sífilis cerebroespinal da una curva que debe considerarse diagnóstica. Las curvas sífilíticas con reacción de Wassermann negativa en suero ó en licor cefalorraquídeo pueden obtenerse en la sífilis cerebroespinal, no debiéndose la reacción necesariamente á una substancia dializable diferente de la sífilítica. La curva áurea es de valor para probar la etiología de la arterioesclerosis antigua con reacción de Wassermann negativa; las autopsias tienen demostrado un tipo sífilítico de lesión vascular en los casos que dan curva sífilítica y una degeneración senil simple de los vasos en los casos que dan reacción negativa al oro coloidal. Es interesante el que cinco casos de corea de Huntington dieran reacciones negativas al oro, uno de los cuales presentó, sin embargo, una tabes moderada de la región lumbar. La curva sífilítica puede ser de valor para aclarar la etiología de la deficiencia mental después que ha cesado un proceso sífilítico activo y los anticuerpos han desaparecido de los líquidos orgánicos. Las reacciones y la globulina son en gran uniformidad fuertemente positivas en los parálíticos y una proporción bastante grande de sífilíticos, pero no parece haber una relación clara entre la curva y la intensidad de la reacción. (*Archives of Neurology and Psychiatry*, Agosto 1919.)

UROLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Operación de Mayd en una vejiga tuberculosa contraída.**—El profesor Soeckel, de Kiel (*B. k. W.*, 1918, núm. 21), refiere el caso de una muchacha de diez y nueve años que desde los doce tenía molestias á la micción y á los quince un riñón supuratorio enorme que curó por un amplio desbridamiento. El pus era tuberculoso típico. Quedó una cistitis intensísima, que en el curso de los años se combinó con una fístula vaginal. No se pudo conseguir la curación de la fístula. Desde entonces continúa una salida involuntaria de la orina que ha determinado una vejiga contraída. El examen evidenció que la fístula vaginal conducía directamente á la vejiga contraída. Como único medio para curar el caso se indicó la necesidad de implantar el trigono en la flexura sigmoidea. La operación se hizo con grandes dificultades por la existencia de gran cantidad de cicatrices y de tejido esclerosado. El útero que impedía llevar la vejiga hasta la flexura, tuvo que ser extirpado. El curso ulterior fué favorable. La curación del trigono ocurrió sin el menor incidente. La enferma que al principio tenía alguna dificultad para conservar su orina en el recto, la guarda ahora dos horas, y los demás resultados de la operación son favorables.

2. **Contribución al estudio patogénico de la bacteriuria.**—Merke, de Basilea, publica en el *Zeitschrift für Urologie*, cuaderno 7, tomo 13, 1919, un artículo fundado en 54 observaciones minuciosas de bacteriuria y termina resumiendo sus conceptos en las siguientes conclusiones:

1.^a La bacteriuria es el estadio final (en ocasiones, al contrario, el estadio de iniciación) de enfermedades inflamatorias de las vías urinarias. Es siempre secundaria. El estadio de inflamación inicial puede ser tan ligero ó transcurrir sin síntomas de tal modo que la bacteriuria parezca primaria.

2.^a El más frecuente entre los causantes de la bacteriuria es el bacilo coli.

3.^a Para la causa de la bacteriuria se presentan las mismas vías de infección que para las demás inflamaciones de los órganos urinarios.

4.^a La infección uretral ascendente juega con mucho el principal papel.

5.^a El predominio tan grande en la casuística de mujeres (en las cuales no ha intervenido infección instrumenta ninguna) habla á favor la ascensión espontánea de la infección.

6.^a Las condiciones en virtud de las cuales una piuria se convierte en bacteriuria nos son completamente desconocida

3. **Cuatro casos de extirpación renal.**—El profesor Eisselsberg, de Viena (*Wiener k. W.*, 1918, núm. 52), da los siguientes casos: El primero, una tuberculosis renal típica que, operado, curó perfectamente. El segundo, es el de una enferma que en una clínica de Ginecología fué operada por vía vaginal de un mioma uterino; el uréter fué herido, acaso lateralmente, tal vez al establecer una ligadura; al principio sólo de vez en cuando salía orina por la vagina, hasta que en el último tiempo la pérdida de orina por la vagina se hizo permanente y continua. Como el examen uretérico del otro lado demostró la existencia de una función renal perfecta del lado sano, se procedió á la extirpación del riñón del lado de la fístula al encontrarse en la operación con que el riñón estaba supurado y presentaba señales de profunda inflamación. El tercer caso era de pielitis calculosa en cuya radiografía había sombras de piedras, aunque el otro riñón funcionaba perfectamente; el autor intentó primero la nefrotomía, pero como el riñón estaba profundamente destruido, hizo la extirpación. El examen de la pieza patológica demostró el caso interesante de que en la pelvis renal, en el sitio donde descansaba la piedra, se había desarrollado un tumor maligno, un epiteloma plano. Curó, como los anteriores, perfectamente. El cuarto caso era un oficial de cuarenta y dos años, que sufría repetidamente de cólicos nefríticos. En 1905 fué examinado por un urólogo que le hizo un cateterismo del uréter, é inmediatamente después se presentó una anuria pasajera. Se hizo después una radiografía que demostró la existencia, sin ninguna duda, de piedras en los dos riñones. En el derecho tres piedras y en el izquierdo una solitaria grande.

El enfermo se presentó en 1911 al autor, solicitando tratamiento. El mismo día del ingreso en el Hospital se presentó la anuria, de modo que la operación se hizo de urgencia. El autor deseaba hacer la operación de los dos riñones en una sola sesión, y primero puso al descubierto el riñón, donde había tres piedras. Dos pudieron salir con gran facilidad, pero la tercera fué encontrada tras grandes esfuerzos y sólo por la noción que la radiografía había proporcionado. Hubo también perfecta curación, hasta que á los ocho días, de repente, se presentó una hemorragia tan tremenda, que el enfermo perdió el pulso. Se abrió inmediatamente la herida, se luxó el riñón y se comprimió el pedículo. Se abrió la herida del riñón y al querer establecer nuevas suturas renales, se vió que el parénquima era seccionado constantemente de tal modo, que sólo se pudo extirpar la víscera. Hubo una curación completa, de tal modo, que el enfermo desempeñó su papel en la guerra.

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.—Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado.—Independencia y retribución de la función forense.—Dignificación profesional —Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.

Boletín de la semana.

Asuntos de actualidad.—Los médicos de Jerez.—
La cuestión de los subdelegados.

Desde la aparición de nuestro último número han continuado en plena efervescencia los asuntos sanitarios, atrayendo poderosamente la atención pública, lo mismo los que revisten un carácter accidental y agudo, que los que afectan una índole que pudiera llamarse teórica y permanente.

La actitud de los médicos de Jerez ante el Ayuntamiento insolvente que les viene negando el pago de sus haberes y sus atrasos, es mirada con simpatía por la opinión general y ha obtenido la aquiescencia de casi todos los médicos españoles. Un comunicado que publica *El Guadalete*, periódico de aquella localidad, demuestra la digna conducta de aquellos profesores que han procurado conservar el sentido humanitario de su ministerio, en medio de la protesta negativa de continuar prestando sus servicios de carácter oficial.

Algún otro periódico de Madrid comete la injusticia de suponer que al ministro de la Gobernación le haya sido indiferente la conducta del alcalde y del Ayuntamiento jerezano, y dice que ha formado causa con ellos contra los médicos desatendidos. Nos consta, y al constarnos no sería honrado nuestro silencio, que las órdenes dadas por el señor Burgos y Mazo han sido apremiantes y perentorias y encaminadas á obtener que fuesen atendidas las justas reclamaciones de nuestros compañeros. Si el éxito no ha correspondido desde luego á lo que era de esperar, se debe exclusivamente á la resistencia opuesta por el Municipio jerezano, y decimos *Municipio* porque no son solamente á nuestro juicio las personas que componen la Corporación oficial de Jerez las que no han respondido á la consideración con que las clases sanitarias de aquella ciudad deben ser atendidas.

Con efecto, para solventar la deuda de las pesetas 125.000 que se reclaman parece que ha habido un momento en que el gobernador obtuvo del alcalde la promesa de que se pagaran en la actualidad 75.000 pesetas y que las 50.000 restantes lo fueran en mensualidades dobles hasta llegar á la obtención. Este procedimiento, que parecía equitativo y acep-

table, no fué desde luego aceptado por los médicos y no faltó quien censurara en Jerez y en Madrid la conducta de éstos.

Entendámonos: la no aceptación claro está que ha debido tener por fundamento la desconfianza en el cumplimiento de lo ofrecido y nos parece que esta desconfianza no es muy infundada para con un Ayuntamiento que viene tan claramente demostrando el desdén en el cumplimiento de sus compromisos por las clases sanitarias que de él dependen.

¿Por qué había de tener más fuerza la promesa obtenida por los apremios y la autoridad del gobernador civil, que el compromiso solemne que representan los contratos suscriptos y mediante los cuales debieron los médicos ser pagados? Aparte de esto, ¿por qué tildar de desconfiados á esos modestos funcionarios y no á la ciudad entera de Jerez? ¿Es que en esta rica urbe no existen poderosos hacendados que han podido adelantar la cantidad total esperando á cobrarla en la forma misma que se ofrecía á los médicos? Si no lo han hecho es sin duda alguna porque no les merece crédito el pagador, por no encontrar en él alguna de las dos condiciones del crédito, la moralidad ó la solvencia. No son, pues, de censurar los acreedores, cuando el público en general niega el crédito al pagador.

Es de esperar que el empeño puesto en que el conflicto cese, haya de una ó de otra manera conseguido su favorable resolución cuando este número aparece; pero en todo caso, no olvide el Gobierno que el hecho de Jerez dista mucho de ser único, y por lo tanto, que el acallarle con paliativos no es resolver ni curar el mal; el remedio radical es otro que todos sabemos: el pago de los titulares por el Estado, pero con el reconocimiento y satisfacción de las deudas anteriores.

No nos cansaremos de insistir en señalar lo que tiene de injusto por no decir de inicuo, el trato que se da á otras colectividades por amenazadoras y bulliciosas, y el que merecen los que por humanidad y por decoro vienen dando ejemplo de inverosímil resignación.

Es triste decirlo, pero es necesario señalarlo: existen elementos en la prensa general y en la mé-

dica, que se diría que tienen un verdadero interés en sembrar semillas de desconfianza, escepticismo y descontento. ¿Cuál puede ser la causa de esto? Aunque lo sospechemos no creemos discreto señalarla; pero sí daremos alguna muestra de la exactitud de lo dicho.

En las reuniones celebradas por la *comisión extraoficial* que el Sr. Ministro de la Gobernación ha consultado para inspirar sus reformas sanitarias, se dijo al tratar de la organización inspectora que habría inspectores generales, provinciales y municipales, y al hablarse de la conveniencia o inconveniencia de que persistieran los actuales subdelegados, hubo opiniones que los discutieron en su *condición de inspectores de distrito* y sobre esto es sobre lo que se determinó la opinión; *pero nadie, y mucho menos el Sr. Ministro, abogó por la supresión de los actuales subdelegados*. Están, pues, mal informados o figuran estarlo los que han dado por hecha tal supresión, que produciría lesión evidente en los derechos adquiridos por estos funcionarios.

¿Qué provecho podrá obtenerse de estas maniobras encaminadas á dificultar lo que debiera ser una acción concertada para obtener lo que sabe Dios si obtendremos aunque estemos conformes y unidos?

Por nuestra parte, cada vez estamos más satisfechos y tranquilos con nuestra conducta, que consiste en no negar nuestra cooperación ni callar nuestras opiniones á todo el que nos la demande. Esto es muy fácil para el que las tiene arraigadas y fundadas en el estudio y en la experiencia.

Algún pensador ha dicho que el escepticismo sistemático es la postura menos desairada de la ignorancia y de la esterilidad.

DECIO CARLAN

ASAMBLEA PROVINCIAL DE SALAMANCA

POR EL

DR. D. FRANCISCO LOPEZ PRIETO

En el salón de actos del Colegio de médicos se celebró el 14 del actual la anunciada Asamblea provincial, con asistencia de los Dres. Ortega Morejón y Coca, del Comité Ejecutivo Central, y el Sr. Almarza, que previamente habían sido invitados.

A las once y media de la mañana, y con escasa concurrencia, el Dr. Bustos, presidente del mismo, abre la sesión y hace la presentación con su habitual elocuencia, de los señores antes citados, concediendo acto seguido la palabra al Dr. Coca.

El Dr. Coca, después de saludar á la Asamblea y agradecer la atención de invitarle á la misma, pasa á dar cuenta de la actuación del Comité Ejecutivo Central, del cual es secretario.

El Comité ejecutivo, dice, envió circulares á todos los médicos solicitando su adhesión: de algunas provincias se reci-

bieron buen número de ellas; pero otras, como. Barcelona y las Vascongadas, no enviaron ninguna; lee el número de éstas por provincias; Salamanca envió 233, y Madrid, 400: sumadas todas, son 6 000 de los 20.000 médicos que ejercen.

Con estos antecedentes, pasó á ocuparse de la huelga médica, que cree es fácil de la siguiente forma: asistencia médica donde quiera que sea necesaria, pero denegación de todo servicio al Estado.

Se lamenta de que algunos Colegios, á pesar de que sus delegados en la última reunión celebrada en Madrid, coincidiendo con el Congreso Nacional de Medicina, acordaron enviar adhesiones, así como la cuota que el Comité ejecutivo ha repartido á cada Colegio para los gastos de aquél, ésta es la fecha que no han enviado ni la una ni las otras.

Da cuenta de las dimisiones de los Sres. Almarza y Ballesteros que formaban parte del Comité ejecutivo, fundada en que no se llevaba á los médicos á la huelga, y termina diciendo que los Colegios envíen sus cuotas al Comité ejecutivo para que éste pueda hacer campañas en las provincias tibias con objeto de conseguir más adhesiones, pues una vez obtenidas éstas, dice, los médicos podremos exigir en vez de pedir.

El Sr. Almarza saluda á los médicos salmantinos y con especial á algunos de sus antiguos compañeros.

Dice que el motivo de su dimisión en nada atañe á la dignidad y buena fe de sus compañeros, sino que es debida á discrepancia de procedimiento, que le hace ver que el Comité está fracasado; dice que está más cerca de Besteiro que de Maura y Cierva, y se declara partidario de la huelga sanitaria con todas sus consecuencias, pues cree que la oficial solamente no le preocuparía al Estado.

El Dr. Ortega Morejón da las gracias por los elogios que cree inmerecidos que le dirigió el Dr. Huertas, y saluda á la Asamblea, tan culta, dice, como su gloriosa Universidad.

Cree que hay que vigorizar la organización y autoridad de los Colegios para así formar una perfecta socialización, dando con este motivo un golpecito á la pasada epidemia gripal.

Habla del futuro Palacio de las Ciencias Médicas, como medio de unión y conocimiento de la clase; pues aspira á que allí se reúnan todos los que con las ciencias médicas tengan relación.

Da cuenta de su dimisión de la Comisión formada por el señor ministro de la Gobernación para la reorganización sanitaria diciendo: Hace pocos días recibí de mi amigo particular el Sr. Burgos y Mazo una carta *particular* en la que se me invitaba á una reunión en el Ministerio; acudí lleno de ilusión, pero al llegar me encontré con que faltaban representaciones, y en cambio, sobraban otras; estaba el inspector general, y representación del Consejo de Sanidad, etcétera, y él cree, que debió consultarse solamente á los representantes de la clase, y como él estaba allí como particular y no como presidente del Comité ni del Colegio de Madrid, rehusé tal honor; además era incompatible con ciertas personalidades que allí había (no dice quiénes).

Dice que ha leído la ponencia presentada de reorganización sanitaria, y es la misma que propusieron ellos (el Comité ejecutivo central) como no podía menos de suceder; cree que se conseguirán las aspiraciones de la clase, pero que no será obra de un hombre, sino de todos.

Mis campañas en favor de vuestras aspiraciones en el Senado, de todos son conocidas; por ciertas razones, dice, tuve que desistir últimamente de presentar voto particular á la fórmula económica, pero según dije á mis compañeros de Comisión, y al Gobierno, quedaba en cartera para los

próximos presupuestos, donde me propongo trabajar sin descanso para que sea aceptado; pues si los cambios de gobierno fueron hasta ahora un obstáculo para nuestras aspiraciones, á esto debemos que unos 40 ministros están enterados de nuestros deseos, y sabremos públicamente exigirles palabras de honor que nos tienen dadas.

Relata el actual pleito de los médicos de Jerez que les adeudan 125.000 pesetas y se muestra partidario de la creación del Ministerio de Sanidad y del Trabajo, que espera se conseguirá porque ya se ha implantado en otros países.

El Dr. Coca rectifica y dice al Sr. Almarza que, efectivamente, él no fué partidario de la huelga, pues en vista de las pocas adhesiones recibidas, el fracaso era seguro; y que no es partidario de la huelga sanitaria porque eso es firmar la papeleta de defunción de algún compañero.

Finalmente, á propuesta de la Presidencia se acordó telegrafiar al ministro de la Gobernación dando cuenta del acto, y al gobernador de Sevilla y médicos de Jerez, solidarizándose incondicionalmente con sus justísimas aspiraciones.

Resumen: un acto más; el Dr. Coca habló con mucha franqueza y aiteza de miras; el Dr. Morejón como siempre con sus golpecitos de efecto, y el Sr. Almarza nos demostró una vez más que vive en Madrid y no ejerce.

Béjar, 16-9-919.

Lo que son los médicos titulares y lo que debían ser,

En vista de los grandes atropellos que vienen cometiéndose por los pueblos y en general en todas partes, empezando por los Gobiernos, con la clase médica y teniendo una gran culpa nosotros mismos, me decido á hacer este trabajo pidiendo á cuantos compañeros le lean piensen sobre él y me ayuden en la obra de restauración de derechos y dignificación que tanto anhelamos y tan justamente pedimos.

Lo que nos pasa corrientemente á todos es que por un puñado de pesetas, más ó menos grande, se nos quiere manejar á capricho, descendiéndonos á la categoría de criados del señor cacique del pueblo á quien hay necesidad de servir como verdaderos esclavos y hacer cuanto él mande y ordene, porque si no, nos encontramos perdidos en el partido que desempeñamos, dando esto por resultado el que un gran número de compañeros que quieren recabar su libertad y no doblegarse á nadie se encuentran con que no cobran sus haberes de titulares y muchas veces ni de la vecindad, sin que se pueda recurrir á las autoridades, porque por lo general éstas tiene que hacer causa común con el mencionado señor para que cuando llegue la época de elecciones puedan cometerse toda serie de actos ilícitos que den por resultado el triunfo del caciquismo y, por lo tanto, la representación en Cortes, Diputaciones, Ayuntamientos, etc., del señor que se titula amo de la región.

Otro de los puntos en que debemos fijarnos y éste de gran utilidad si es que queremos llegar á nuestra independencia social y á la dignificación de nuestra profesión, es la cuestión de honorarios, igualas ó conducciones. Esta hasta la fecha ha sido el arma ofensiva que maestramente han empleado todos los caciques contra nosotros, y como de tal procedencia, los tipos no pueden ser más pequeños en todos los puntos de la península. Ninguno pasa de las cinco pesetas al año por la asistencia á los poco acomodados y 20, 25 ó á lo sumo 30 pesetas por los ricachones, con lo cual y la titular se hacen partidos médicos de 3.500 á 5.000 pesetas, siendo éstos últimos cuando el médico tiene que igualar por lo menos 400 vecinos, mas los de la Beneficencia que son unos 80 á 100.

Ahora bien; comparando estas cantidades con el trabajo que tenemos que desempeñar para conseguirlas y tomando como tipo el mayor, tenemos que hay una enfermería media al año de 40 enfermos diarios, á los que hay obligación de visitar por lo menos dos veces al día y á muchos de ellos alguna en la noche sin derecho á ninguna retribución especial, de donde se deduce que visitamos por la enorme cantidad de 15 céntimos por enfermo, y por esto se exige además de las visitas que necesite, la cirugía menor, inyecciones, ventosas, etcétera, quedando únicamente fuera de derechos de iguala la asistencia á partos. ¿Y qué se cobra por este servicio? Pues no se puede pasar de 25 ó 30 pesetas en la generalidad de los casos, porque si no, no se cobra un céntimo.

A mi humilde modo de entender, aquí se encierra la desconsideración tan grande de que somos objeto y por estas razones no somos libres en nuestros respectivos partidos siendo por otro lado todo de muy fácil arreglo, pero para ello hace falta poner por nuestra parte toda la buena voluntad y estar decididos á ello, aunque no sea más que por que se nos trate como médicos y no como criados, como pasa en la actualidad.

Hasta el presente no se viene haciendo otra cosa que pedir á grandes voces que nos acoja el Estado para librarnos del yugo, cosa que veo muy bien y no puedo menos de aplaudir á nuestros queridos compañeros que trabajan y afanan por lograr el máximo de nuestra libertad; pero por otro lado veo que estas aspiraciones por lo mismo que son justísimas tardan más en llegar de lo que debiera, y lo veo con mucha más pena cuando comprendo que la causa de tardar la tenemos nosotros mismos por no organizarnos y hace, por sí solos lo que pedimos; bastaría para ello con unirse en una gran armonía como un solo hombre y una vez hecho esto es cuando podremos exigir que nos pasaran al Estado y recabaríamos nuestros derechos, mejorándonos económicamente cuanto necesitáramos dentro de las circunstancias especiales porque atravesamos, y sobre todo, lo que más vale que no estaríamos bajo el dominio de ningún cacique por fuerza que éste pudiera tener.

Algo de esta labor de unión y de organización se va haciendo, pero en muy pequeña escala; así tenemos, por ejemplo, los colegios de Valladolid (el mejor organizado quizás de España), después seguirá Palencia, Madrid y las vascongadas, donde las respectivas Juntas de gobierno van librando mucho á los compañeros rurales y hasta los de la capital, pero en el resto de España en unos sitios no existe la Asociación y en otros como si no existiera; sin ir más lejos, en Albacete se convocó á una asamblea general el día 10 del presente á la que sólo acudimos 10 ó 12 compañeros, faltando á la misma miembros de la Junta de gobierno y casi todos los médicos de la capital.

Así es que yo, el menos autorizado para hablar de estos asuntos por haber emprendido ya la campaña otros dignos compañeros y con mejores iniciativas que las mías, propongo á la consideración de todos los médicos españoles la única solución de momento que es el que se reúnan en sus colegios respectivos y se acuerde, pero para cumplirlo todos, absolutamente todos, el que se nos pague decorosamente nuestras igualas á base de 15 pesetas la menor y de 25, 50 y 75 las otras por las visitas ordinarias, que son de ocho de la mañana á ocho de la noche, y el resto de servicios extraordinarios á precios decorosos. Además, acudir en el mismo día en masa á los respectivos Gobiernos para pedir al ministro de la Gobernación la incorporación al Estado, y que sea obligación de los pueblos tener casa para el médico en condiciones higiénicas. Estas reuniones deben hacerse, al ser posible, el mismo día en toda España, que bien podía ser el

día 15 del próximo, con el fin de que fueran mejor atendidas nuestras pretensiones, telegrafiando el mismo día todos los médicos de la península al Ministerio en este sentido, acordando algo enérgico por si no fuéramos oídos en un tiempo prudencial, pero con idea de ejecutar el acuerdo y no amenazar sin pegar como hasta ahora, pues vivimos en el país donde mientras no se alborota la gente no se hace ningún caso.

Todo lo que dejo expuesto es mi sentir sincero, que aunque lleno de imperfecciones yo pongo mi gran voluntad para alcanzar las justas aspiraciones de la clase médica y estoy dispuesto a secundar las iniciativas de otros compañeros que siempre serán mejor orientadas por estar mejor capacitados en el asunto.

AGUSTÍN M. MENLO.

Pozuelo (Albacete), 15-IX 919.

REFORMAS SANITARIAS

Acta de la sesión celebrada el día 13 de Septiembre de 1919, por la Comisión médica encargada de informar en los proyectos de reformas sanitarias.

En Madrid, á las diez y ocho horas del día 13 de Septiembre de 1919, reunieron en el despacho oficial del señor ministro de la Gobernación, y bajo la presidencia del mismo, los Sres. Cortezo, Francos Rodríguez, Pulido, Murillo, Romero, Call, Ballesteros, Almarza y Albiñana.

Abierta la sesión por el señor presidente, dióse lectura al acta de la anterior, que fué aprobada, con la sola manifestación del Sr. Ballesteros relativa á su conformidad con la creación del Ministerio de Sanidad, la cual se omitió involuntariamente en dicha acta.

El Sr. Cortezo analiza la labor de los subdelegados, estudiando detenidamente la referente á las estadísticas sanitarias, entendiendo que éstas pueden y deben ser realizadas por los inspectores municipales que deberán remitirlas directamente á los provinciales. En cuanto á la inspección local entra de lleno en la exclusiva competencia de los inspectores municipales; y en los casos en que, por dificultades de caciquismo local, se entorpezca dicha función con perjuicio y menoscabo de la autoridad sanitaria, debe intervenir el inspector provincial.

El señor ministro abunda en la anterior opinión; cree que los subdelegados no realizan una función indispensable; pero entiende que tampoco se les debe despojar de los derechos que tengan adquiridos, para lo cual, si bien debe suprimirse el cargo, hay también que estudiar la forma de no perjudicar á los que lo hayan desempeñado, reconociéndoles algunos derechos basados en su anterior actuación.

Todos los individuos de la comisión se encuentran conformes con este criterio del señor ministro, acordándose, por unanimidad, prescindir del cargo de subdelegado en la nueva organización sanitaria.

El Sr. Pulido da lectura á la ponencia que acerca de *Sanidad internacional* ha redactado en unión de los Sres. Francos Rodríguez y Romero.

El señor ministro elogia dicha ponencia, estimándola muy interesante y substancial para nuestras relaciones sanitarias internacionales.

El Sr. Call habla de la persecución de los portadores de

gérmenes, exponiendo las muchas dificultades que en la práctica existen para una eficaz investigación y vigilancia, pues muchos viajeros infectados resulta que no se alojan en el domicilio que tienen declarado. Para remediar este mal, propone la creación de una policía sanitaria encargada de este servicio de investigación.

El Sr. Pulido manifiesta que este extremo ha sido tratado extensamente en la Conferencia sanitaria internacional, pero como pertenece al orden de la Sanidad interior, no se han ocupado de él en la ponencia.

El Sr. Romero coincide con el Sr. Pulido, y afirma que la persecución de los portadores de gérmenes es asunto legalmente resuelto en la actualidad, sin necesidad de una nueva policía sanitaria, pues los agentes de la autoridad municipal y gubernativa están encargados de llevar un registro domiciliario de los viajeros y por él pueden averiguar su alojamiento.

El Sr. Francos Rodríguez entiende que es este asunto de suma importancia, pues los que penetran en nuestra nación pueden, además de los gérmenes, ser portadores del crimen. Recuerda á este propósito lo ocurrido con el llorado hombre público D. José Canalejas, cuyo asesinato no pudo evitarse en España, á pesar de que la policía francesa había prevenido á la española de las intenciones y personalidad del asesino Pardiñas. Cree el Sr. Francos que si en asunto tan visible como éste no se supo prevenir el daño, menos podrá preverse en lo tocante á gérmenes invisibles ó que pueden pasar inadvertidos para los ojos profanos.

El señor ministro opina que de crearse la policía sanitaria especial, ocurriría lo mismo que con la judicial, es decir, que sería una rueda destinada á un rápido enmohecimiento; cree que con una cabal reorganización de la policía gubernativa, de cuyo asunto se ocupa en la actualidad, podría solucionarse el problema de la investigación y aislamiento de los portadores de gérmenes.

Procédese al examen de cada una de las conclusiones de la ponencia objeto del debate.

Respecto de la primera, los Sres. Cortezo y Pulido discuten ampliamente, recordando los antecedentes de nuestro Convenio internacional sanitario.

El señor ministro manifiesta que en cuanto á la acción del Gobierno sólo le compete recoger en su día las decisiones de la Conferencia internacional sanitaria y aceptar sus acuerdos.

El Sr. Murillo se expresa en el sentido de que llegado el caso se elija bien nuestro representante para la intervención sanitaria internacional, y añade que las naciones siempre obran movidas por sus egoísmos; recuerda la radical determinación de los yanquis, estableciendo campamentos en la frontera mejicana y despiojando á miles de braceros que llegaban para las operaciones de la zafra.

El Sr. Ballesteros solicita que el Convenio sanitario se haga extensivo á la América latina.

El señor ministro contesta que estos convenios no se producen atendiendo á circunstancias de orden efectivo, sino á exigencias geográficas y de vecindad.

Queda aprobada la primera conclusión.

Leída la segunda, acuérdate que en el Convenio solicitado con Francia y Portugal, se incluya también á Inglaterra, por lo que respecta á Gibraltar, pues así lo demanda el hecho de ser considerable el número de personas que entran y salen diariamente por esta zona en territorio español.

SIL-AL

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

REGYL
Regulador del estómago.

**GASTRALGIAS -
DISEPSIAS**



A base de Peróxido de Magnesio y de Fluoruro de sodio orgánicos.
UN COMPRIMIDO DESPUÉS DE CADA COMIDA

LABORATORIO FIÉVET.-53, Rue Rénumur.-PARIS
Muestras y literatura: Agente General,
FRANCISCO CASAS.-Mayor, 10, MADRID

RECONSTITUYENTE RÁPIDO

ENOFOSFORINA
SERRA

Fortalece a los débiles: Acorta las
convalecencias: Aclara la mente,
Devuelve el buen humor.

BALNEARIO DE TRILLO

Cinco manantiales de distinta mineralización.

Escrofulosis, estado linfático, reumatismo, herpes,
avarosis, enfermedades de la mujer,
esterilidad, neurastenia, corea, histerismo.

Deliciosa estación de verano.—Gran parque
y monte para hacer helioterapia.

Clima de montaña, 780 metros.

Informes y folletos: **Hotel de los Leones,**
Carmen, 30, Madrid.

MORRHUËTINE JUNGKEN

SUBSTITUYE CON VENTAJA AL ACEITE DE HÍGADO
DE BACALAO Y A SUS EXTRACTOS Y EMULSIONES

Por cucharada sopera. { Yodo metálico. 0'015 gr.
Hipofosfitos (CaO. NaO. Quinina). . . . 0'15 gr.
Fosfato de sosa puro. 0'15 gr.

A base de GLICERINA PURA

SABOR AGRADABLE • DIGESTIÓN PERFECTA

EL TÓNICO DE LA INFANCIA

Adenopatías, Escrófula, Linfatismo, Amenorrea y Dismenorrea,
Herodesifilia, Estados protubercolosos, Convalecencias, Asma, etc.

Muestras gratis al Cuerpo Médico

LABORATORIO MIRABENT, Provenza, 290. - BARCELONA

TRATAMIENTO
DE LAS DISCRASIAS
NERVIOSAS

Suero Neurasténico Fraise.

A base de cacodilato
de estriquina y gli-
cerofosfato de sosa.

1.º EN AMPOLLAS

Dosificadas a $\frac{1}{2}$ miligramo de cacodilato de
estriquina y 0,10 centigramos de glicerofosfa-
to de sosa por centímetro cúbico.

Caja de 12 ampollas, 4,50 pesetas.

2.º EN GOTAS (para las vías gástricas.)

Veinticinco gotas contienen $\frac{1}{2}$ miligramo de
cacodilato de estriquina y 0,10 centigramos de
glicerofosfato de sosa.

Frasco: 4 pesetas.

Envío gratis de muestras a
los señores médicos.

MARIUS FRAISSE
Farmacéutico.
85, Avenue Mozart, París.

El Antiséptico más poderoso — No es Tóxico

Aniodol

Previene y Cura todas las Enfermedades Infecciosas y Contagiosas

ANIODOL EXTERNO

LLAGAS de toda especie. Cortes Quemaduras, Picadas; Enfermedades de la **VISTA**: Oftalmías, Conjuntivitis. Orzuelo; **PIEL**: Herpes, Eczema, Furúnculos, Úlceras, etc.

INDISPENSABLE para el **ASEO ÍNTIMO**

Suprime todos los Achaques periódicos, previene y cura las Enfermedades de la **Mujer**: Resultados de Parto. Flujos, Metritis, Salpingitis, Fibromas, Cánceres, etc.

ANIODOL INTERNO

El Desinfectante más poderoso

1º del **TUBO GASTRO-INTESTINAL**:

Enteritis, Diarreas, Fiebre tifoidea, Cólera infantil, Disenterias, Estreñimiento, Hemorroides, Apendicitis, Peste, Cólera, Lepra, etc.

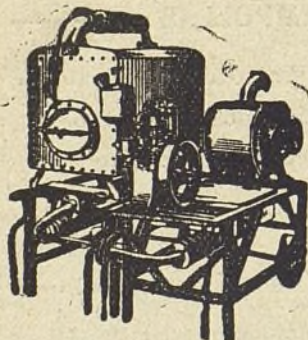
2º de las **VÍAS RESPIRATORIAS**:

Gripe, Resfriados, Bronquitis, Catarros, Anginas, Tuberculosis, etc.

DESODORIZANTE MARAVILLOSO

DOSIS 1 á 2 cucharadas grandes en un litro de agua, para cualquier uso externo.
Al interior: 50 á 100 gotas de Aniodol interno en una taza de tisana después de las comidas.

Sociedad del ANIODOL, 40, Rue Condorcet, PARIS. — De Venta en todas las buenas Farmacias.



“VASACO” S. A.

TALLERES MECÁNICOS

CONSTRUCTORES DE MATERIAL SANITARIO Y DE DESINFECCION

Aparatos sulfuradores **VASACO** patentados.

DESPACHO Y TALLERES: Cabañes, 80,

Teléfono A 5127.

BARCELONA

Telegramas “VASACO”

Afecciones tuberculosas.

Enfermedades relacionadas con la tuberculosis.

Tuberculosis pulmonar, ganglionar ósea.

Anemia sintomática, escrofulismo, raquitismo, linfatismo; hijos de tuberculosos, convalecientes de enfermedades graves.

“EMOANTITOXINA SOFOS,”

á base de substancia específica extraída de animales jóvenes y sanos al efecto inmunizados.

Por vía gástrica: 4 cucharadas al día, niños: cucharaditas de café.

Madrid: Pérez Martín y C.ª.—E. Durán.—F. Gayoso y principales.—Barcelona: Dr. Andreu.—J. Segalá.—Vicente Ferrer y C.ª y principales.

Las conclusiones tercera y cuarta quedan aprobadas tal y como figuran en la ponencia.

Con respecto á la quinta, el Sr. Murillo entiende que está muy justificada la fiscalización sanitaria de las naciones que tienen comercio con España, no ofrece hoy garantía alguna, cuando se opone al interés de la nación respectiva. Los Estados Unidos ponen médicos inspectores de embarque en las naciones que les conviene y España debe hacer lo mismo.

El señor ministro dice que se hará cuando llegue el momento oportuno.

Apruébase la conclusión.

Leída la sexta y última, usa de la palabra el Sr. Cortezo para exponer su opinión de que los médicos de la Marina civil deben ser mejorados técnica y económicamente; dichos funcionarios deben ser designados por el Gobierno y pagados por las empresas navieras.

El Sr. Romero entiende que para mejorar el servicio sanitario de la Marina civil sólo caben dos soluciones: ampliar el Cuerpo de Sanidad exterior, destinando los individuos más modernos á este servicio, ó aumentar la preparación que tienen en la actualidad.

El Sr. Ballesteros cree que los médicos de la Marina civil deben ser pagados por el Estado.

Apruébase la conclusión sexta con la modificación de que los médicos de la Marina civil sean designados por el Estado y pagados por las casas armadoras.

El Sr. Albiñana anuncia haber recibido, dirigida al secretario de la Comisión, una exposición de la Asociación Española de Auxiliares de Medicina solicitando la intervención de dicha clase en la proyectada organización sanitaria, y el señor presidente, en vista de lo avanzado de la hora, aplaza el conocimiento de la misma para la próxima sesión cuya celebración se fija para el día 20 del actual.

Y no habiendo más asuntos de que tratar se levanta la sesión á las veintiuna horas, de todo lo cual yo como secretario certifico.

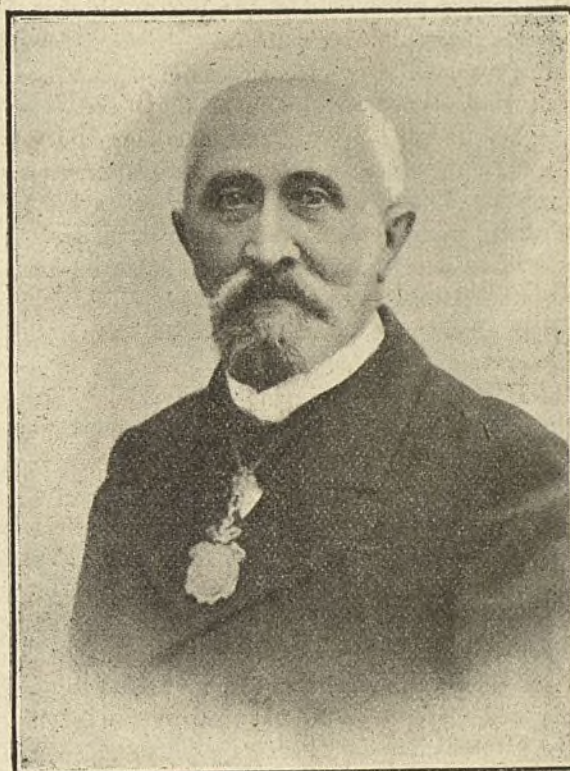
Madrid, 20 de Septiembre de 1919. — V.º B.º: El Presidente, *Manuel de Burgos Mazo*.—El secretario, *José María Albiñana Sanz*.

EL DR. RODRIGUEZ MENDEZ

Dolor intenso nos ha producido la trista noticia, divulgada por la prensa, de la muerte del Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez, el más renombrado, y sin discusión alguna el más ilustre y meritísimo de los catedráticos de Higiene que cursan enseñanzas en las Universidades españolas.

Pocos días han pasado todavía desde que gozamos la intensa alegría de visitarle y abrazarle en su nueva residencia de la calle de Montaner, 102, de Barcelona; en el hogarcito sencillo y como celular abrigo donde había buscado conventual refugio, desde que una disposición ministerial le hizo retirarse jubilado de la cátedra donde había lucido su ingenio; había educado numerosas generaciones de escolares; había magnificado, desenvuelto y difundido las preciosas enseñanzas de la higiene; había aumentado, con sus propagandas

y organizaciones, los esplendores y la gloria de la Escuela de Medicina de la ciudad condal, y había acreditado cuando rector, periodista y académico, con ejemplo elocuentísimo (como lo acredita ahora su émulo el reputado y esclarecido Dr. Martínez Vargas, en cuanto decano de la Facultad de Medicina), cuán útil, fecunda y preclara labor pueden prestar á las nobles aspiraciones de Cataluña, el amor y la incorporación á su vida de los hombres buenos y laboriosos que producen las demás regiones de esta España, siempre grande aun en su decadencia.



Largo rato permanecí á su lado, y durante mi visita examiné con singular interés las injurias que el tiempo, por su ya avanzada edad de más de setenta y cuatro años, había causado en lo físico, lo intelectual y lo moral de aquel hombre escogido, á quien un Real decreto había despojado de su cátedra por considerarle ya de merma capacidad en sus funciones docentes. Delgado, pálido, seco y nervioso, como lo fué siempre, habíase acentuado algo su sordera y se habían reducido un poco tal vez sus vivaces energías; pero su voz timbrada, su expresión rapidísima, su humorismo ocurrente, sus discreteos andaluces, su parrafeo de alta elocuencia, la fulguración de sus ojos inquietos y el expresivo gesto oratorio de sus manos, manteníanse con aquel vigor, elocuencia y soberanía que le habían sido característicos durante su larga vida de gran catequista de la ciencia, la higiene y la moral médica. Nos habló de muchas cosas, revelando en sus discursos que no había menguado la luz de su entendimiento, ni la

CARBOLAN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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

energía de su carácter; comentó, con su aticismo voltairiano, sucesos y personas, y se ofreció a la crítica del férreo decreto ministerial que lo jubiló como un ejemplo evidente de cuán exacta verdad es que las prescripciones absolutas y fijas por razón de edad corren el peligro de mantener actuantes muchos incapaces que debieran reposar, y de sumir en la inercia a muchos que llevan en su cerebro todavía tesoros preciosos de luz y de calor que necesitan los jóvenes, y deben recogerlos en las aulas y en las Academias. Con frase melancólica y gesto amargo lamentó su retiro de la cátedra y expuso el consuelo y la confortación que en esta pérdida hallaba y se prometía tener, mientras viviese, con su querida revista la *Gaceta Médica Catalana*, esa publicación ya venerable, que recogió cuando sufría humildísima vida, elevó a envidiable prestigio y ha sido, gracias a él, una de las lumbreras más simpáticas y resplandecientes de la prensa médica española. Al despedirnos de él nos acompañó hasta la calle; descubierta la cabeza permaneció a nuestro lado en la acera hasta que vió se acercaba el tranvía que había de conducirnos a las Ramblas, y antes de subir yo a él nos dió un abrazo efusivo, nos apretó con fuerza las manos y nos dijo emocionado:

«Hasta muy pronto; salude a Ferrán y dígame que deseo a su ensayo un feliz éxito; y no me olvide usted; porque aquí vive y trabaja siempre este viejo amigo que le quiere y le admira».

Pocos momentos después nos apeábamos del tranvía en la misma calle al lado del hotel de Martínez Vargas, y comentábamos ambos la impresión que nos producía el estado de su espíritu, y anunciábamos el temor de que abatiera su espíritu aquella jubilación que venía a restar alientos morales a su exquisita sensibilidad. El mismo día en que la prensa nos anunció su muerte, leímos también que un hijo suyo había teleografiado al renombrado político Sr. Alba, diciéndole que su padre había fallecido, siendo una víctima más de las injustificadas jubilaciones de su Decreto.

Tengo en la mesa de mi despacho, atrayendo mi atención un día y otro, desde hace meses en que lo recibí, EL LIBRO EN HONOR suyo, que se ha publicado por iniciativa de ese joven profesor de atisbos geniales y conjunción de cesáreas cualidades científicas, docentes y morales, que murió hace pocos meses en Sevilla, privando a la investigación y a la enseñanza de uno de nuestras más ilustres esperanzas, el Dr. Lecha Marzo, y en él desde la interesante y acabada biografía escrita por Martínez Vargas, hasta la necrología hecha por Amalio Gimeno, la cual, con decir la pluma áurea que la escribió, atestiguada queda su excelsitud; hay 525 páginas de hermosas alabanzas y profundos artículos científicos, con los cuales han rendido su homenaje al gran maestro; a sus obras, hechos y frutos de su augusto carácter y de sus propagandas como admirable sem-

brador de oraciones y escritos; y esta obra deja consignado, quizás con menos intensidad de lo que merecía, su inmenso valer; con extractar muchas de sus exposiciones haríamos una extensa necrología, pero ni esta es la ocasión de tan prolijo empeño, ni lo consentiría el espacio de un semanario que no puede dar abasto con sus numerosas y nutridas columnas, al copioso y sabio original con que le favorecen sus ilustres colaboradores. Además, tarea semejante requiere un estudio reposado, discreto y sentido, como el que Rodríguez Méndez dedicó en la Academia de Medicina de Barcelona a su distinguidísimo secretario, nuestro inolvidable colaborador de EL SIGLO, D. Luis Comenge; memoria en la cual, pocos años hace, y ya en edad que estaría frisando los setenta años, Rodríguez Méndez deleitó a sus oyentes y lectores como un asombroso panegirista y maestro en este género literario, por su análisis psicológico, grandeza de pensamiento, ingenio del discurso y soberana gallardía del estilo. Este trabajo, que ha venido a enriquecer con una filigrana inmortal la literatura médica española del siglo XX, debe servir de modelo para los que quieran honrar con los mismos piadosos honores su memoria.

No seguimos; muchos, muchos años de cariñosa amistad mantenida con el ingenioso granadino, han acumulado en mi memoria recuerdos de episodios, actos y conferencias que nos harían ocupar muchas páginas si nos diéramos el gusto de narrarlos. Sirvan los párrafos que preceden para atestiguar el recuerdo y dolor sentidísimo que esta pérdida irreparable deja en la redacción de un semanario que vivió siempre en muy honrada y efusiva amistad con Rodríguez Méndez, y reciba su distinguida familia la más ardiente condolencia nuestra en su profundísima aflicción, y nuestro llanto al suyo unido.

ANGEL PULIDO.

La Aliseda, 22 Septiembre, 1919.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

EXPOSICIÓN

Señor: Autorizado el Gobierno por la ley de 14 de Agosto último para dar proporcionalidad a los diferentes Cuerpos civiles, dotándolos con el importe hasta el 14 por 100 sobre los créditos autorizados actualmente para los mismos, y en cumplimiento estricto del mencionado precepto, el Ministro que suscribe, de acuerdo con el Consejo de Ministros, tiene la honra de someter a la aprobación de V. M. el Decreto siguiente.

Madrid, 2 de Septiembre de 1919.—Señor: A L. R. P. de V. M., *Manuel de Burgos y Mazo*.

REAL DECRETO

A propuesta del ministro de la Gobernación, de acuerdo con el Consejo de Ministros,

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.

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo único. Las dotaciones del personal de los Cuerpos facultativos de Sanidad exterior, de Sanidad interior y de Institutos de Higiene, serán las siguientes, con la efectividad de 1.º de Agosto último.

CUERPO DE SANIDAD EXTERIOR

Médicos.

Un jefe de Administración de segunda clase, con 11.000 pesetas.

Tres jefes de Administración de tercera, con 10.000 pesetas cada uno.

Nueve jefes de Negociado de primera clase, á 8.000 pesetas cada uno.

Once jefes de Negociado de segunda, á 7.000.

Quince jefes de Negociado de tercera, á 6.000.

Diez y seis oficiales primeros, á 5.000 pesetas.

Diez y ocho oficiales segundos, á 4.000 pesetas.

(Se concluirá.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,2; íd. mínima, 697,5; temperatura máxima, 27º,5; íd. mínima, 7º,3; vientos dominantes, O. N. SO.

Siguen observándose en crecido número los reumatismos musculares y algunas formas de los febriles articulares. Los catarros intestinales, las angiolitias y las enterocolitis también se observan con relativa frecuencia. Comienzan á presentarse complicaciones de reacción general en los tuberculosos de localización pulmonar.

Crónicas.

ESPAÑA

Una Comisión de jefes del Cuerpo de Sanidad Militar ha saludado personalmente en su domicilio á los Sres. D. Carlos María Cortezo, D. José Francos Rodríguez, D. Angel Pulido, D. Angel Fernández Caro y D. Antonio Espina, para entregarles, en nombre del Cuerpo que representan, un hermoso álbum conteniendo impresos los discursos elocuentes que han pronunciado en el Senado y el Congreso de las Cortes anteriores, para mejorar la organización y dotar de mayores consideraciones la institución á que pertenecen.

Circular interesante.—La *Gaceta* del día 17 publicó la siguiente circular:

Inspección General de Sanidad.—Siendo varios los jueces municipales de esa provincia que, no obstante lo ordenado por la Dirección general de los Registros en Circular de 22 de Junio último, continuaban enviando á este Ministerio los partes de defunciones por enfermedades infecciosas é infecto contagiosas á que se refiere la citada Circular; para que la Real orden de 6 de Mayo próximo pasado pueda ser cumplimentada en todas sus partes, gestionará usted del gobernador civil, si fuese necesario, á fin de que esta autoridad se sirva interesarle de quien corresponda, el cumplimiento por parte de los jueces municipales de la repetida Circular para que los partes de referencia se envíen á esa Inspección en vez de hacerlo á este Ministerio.

Los que indebidamente han sido remitidos á este Centro serán enviados á usted para que sean recopilados los datos en los correspondientes estados.

Al propio tiempo debe esta Inspección llamar la atención de usted respecto á los plazos marcados en que han de ser facilitados los trabajos estadísticos, á fin de que éstos se reciban con la debida oportunidad; pues el retraso tan considerable en este servicio y la falta absoluta de datos de algunas Inspecciones provinciales dificulta la publicación de los Boletines de la estadística sanitaria.

Dios guarde á usted muchos años. Madrid, 16 de Sep-

tiembre de 1919.—El Inspector general, *Manuel M. Salazar*.—Señor Inspector provincial de Sanidad de...

Obituario.—Con profundo sentimiento comunicamos á nuestros lectores la muerte del querido amigo y compañero D. Julián Navarro Gallego, ocurrida el 18 del corriente en Villalba, donde se encontraba pasando el verano.

Descanse en paz nuestro buen amigo y reciba su desconsolada viuda doña Josefa Verdier, la expresión sincera de nuestro sentimiento, como igualmente sus hijas Manolita, Josefina y Angeles y muy especialmente su hijo D. Salvador, médico de Pinto.

Nuevos médicos visitantes de la Beneficencia.—La *Gaceta* ha publicado dos decretos nombrando médicos visitantes de Beneficencia general con la antigüedad de 1.º de Agosto último, á D. Antonio María Cospedal y á D. Antonio Muñoz Sánchez, números 1 y 2 respectivamente del Escalafón.

Nuestra enhorabuena,

Las droguerías y la jornada mercantil.—Visto el recurso de alzada interpuesto en 10 de Noviembre de 1918 por D. Félix Martín, practicante de cirugía y dependiente de droguería general, contra el acuerdo adoptado por la Junta local de Reformas Sociales de San Sebastián, en sesión de 30 de Octubre del mismo año, que declaró asimiladas las droguerías á las farmacias y establecimientos de artículos de cirugía, ortopedia, sanidad y laboratorios, exceptuados del régimen común de la jornada mercantil por el artículo 3.º de la ley de 4 de Julio de 1918:

Considerando que, dada la gran cantidad de artículos que se expenden en las droguerías, algunos de los cuales no pueden tener similitud en modo alguno con los que se venden en farmacias, tiendas de cirugía, ortopedia, sanidad y laboratorios, cuales son las pinturas, cepillería y perfumería, no cabe equiparar las droguerías con las farmacias, como lo ha hecho la Junta local de Reformas Sociales de San Sebastián, tanto más cuanto que, de concederse la excepción del artículo 3.º de la ley de 4 de Julio de 1918, se perjudicaría á los demás industriales que vendiesen dichos artículos no exceptuados:

Vistas las disposiciones vigentes y de acuerdo con el informe del Instituto de Reformas Sociales,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que se anule el acuerdo de la Junta local de Reformas Sociales de San Sebastián, que ha sido objeto del recurso.

AMÉRICA LATINA

CHILE

Nuevo laboratorio en Valparaíso.—Se ha establecido recientemente en Valparaíso, Chile, un nuevo laboratorio de higiene provisto del equipo más moderno, en relación con el Hospital de San Juan de Dios. El laboratorio comprende diversos departamentos dedicados entre otras cosas á trabajos bacteriológicos, químicos y de manufactura de sueros.

URUGUAY

Trabajos del Congreso del Niño en Montevideo.—Entre las resoluciones adoptadas en el *Segundo Congreso Americano del Niño* celebrado en Montevideo en Mayo de 1919, aparecen las siguientes: recomendar una campaña de profilaxia y asistencia á los niños tuberculosos; recomendar la enseñanza obligatoria en las escuelas de la profilaxia de la tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo, los quistes hidatídicos y el paludismo; el establecimiento de un sistema de inspección médica de las escuelas, en particular para la prevención de la tuberculosis; establecimiento de instituciones oficiales para dirigir la lucha contra la mortalidad infantil; mayor uniformidad en la recopilación de estadísticas de la mortalidad infantil; extensión de las medidas de protección á la infancia, de manera que comiencen con el período de la preconcepción y continúen hasta que el niño alcance la adolescencia; la concentración en una sola oficina de todas las obras que se relacionan con la protección de la infancia; extender hasta donde sea posible la protección de la infancia al hogar; regulación del trabajo de las mujeres embarazadas; oferta de premios á las madres que amamenten á sus hijos; distribución en los institutos de puericultura de leche de mujer, envasada convenientemente; la adopción de disposi-

PEÑACASTILLO

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

ciones que ordenen que los médicos escriban sus recetas en el dorso de hojas que contengan preceptos higiénicos, guardando el paciente estas recetas y no el boticario; el establecimiento de un sistema prenatal de profilaxia contra la oftalmía del recién nacido, sin descuidar el método de tratamiento de Credé; hacer obligatoria la declaración de la oftalmía del recién nacido; enseñanza de la higiene en las escuelas primarias, especialmente la relativa a la infancia; intensificación de la lucha contra el tracoma; organización de un sistema de dispensarios dentales en las escuelas, donde se examinen y traten las enfermedades dentarias de los niños.

En la sección de Medicina las conclusiones aprobadas versaron en particular sobre la conveniencia de presentar en el tercer Congreso más trabajos relativos a los trastornos gastrointestinales del lactante; la importancia de la lactancia materna; y la necesidad de dar a los obreros alojamiento higiénico.

Otra resolución adoptada por el Congreso se refiere a la creación de una Oficina Internacional Americana de Protección a la Infancia que se establecerá en Montevideo y en la que se hallarán representados todos los países que deseen pertenecer a ella. El Congreso fué presidido por el Dr. Luis Morquio, profesor de la Universidad de Montevideo y conocido pediatra, y estuvo muy concurrido, particularmente por personas del Uruguay y de los países limítrofes.

PERÚ

La fiebre amarilla en Piura.—Debido a las frecuentes comunicaciones entre el departamento de Piura y la zona ecuatoriana de Guayaquil, se ha presentado una pequeña epidemia de fiebre amarilla en este departamento septentrional del Perú. Una comisión compuesta del médico mayor Henry Hanson, del Cuerpo Médico del Ejército de los E. U. U., ahora al servicio del estado, y de un ingeniero y dos médicos auxiliares ha salido de Lima y está en plena labor. Según los datos publicados, la enfermedad ha acometido a una treintena de personas ocasionando un total de diez defunciones. El puerto de Payta, primero de la costa peruana, ha sufrido también de la epidemia. Se han dictado las medidas aconsejadas para prevenir la difusión de la epidemia. Y todos los barcos serán sometidos a las reglas adoptadas por la Convención Sanitaria de Washington.

FRANCIA

Legado a la Universidad de Lyon.—El rector de la Universidad de Lyon ha sido autorizado para aceptar, según las cláusulas y condiciones del testamento, el legado universal hecho a la Universidad de aquella ciudad por el doctor Urbain-Louis Patel.

Legado a la Academia de Medicina.—El secretario perpetuo de la Academia de Medicina ha sido autorizado, en nombre de la Corporación, para aceptar, en toda propiedad, con las cláusulas y condiciones que señala el testamento, el legado de una renta de 1.500 francos que le ha sido hecho por M. Paul-Louis Guérétin, doctor en Medicina.

Los fondos de esta fundación, que llevará el nombre de «Premio Jacques Guérétin», serán puestos a renta, a nombre de la Academia, en valores del Estado, y en la suscripción deberá hacerse constar el destino de su producto.

Disminución de la natalidad.—En su informe relativo al número de niños que reciben asistencia gratuita en el departamento del Sena, M. Rebeillard ha señalado la lamentable disminución de nacimientos.

El número de nacimientos en el departamento del Sena ha disminuido de 73.599 en 1911 a 47.487 en 1918. Durante el año pasado, el número de niños abandonados alcanzó la cifra de 3.149. Además, el por ciento de niños que fué atendido por la asistencia pública, ha aumentado de 4,9 por 100 en 1911 a 6,63 por 100 en 1916.

Con el objeto de aumentar el número de nacimientos, el Consejo general del departamento del Sena, a instancia de

M. Emile Desvaux, ha presentado la solicitud de que la legislatura rebaje a veinticinco años la edad necesaria para contraer matrimonio sin consentimiento paterno.

AMÉRICA DEL NORTE

La cifra más baja de mortalidad en New York.—La mortalidad durante la semana que terminó en 26 de Julio, fué de 8,87. En esta misma semana, 1918, fué de 11,21. Es la cifra más baja que se ha registrado en New York desde la creación del departamento de Sanidad en 1866.

Las enfermedades y la extinción del cáncer.—La Asociación de enfermeras americanas, la Liga de educación de enfermeras y la Organización de enfermeras de salud pública, se han ofrecido a la Sociedad americana para la extinción del cáncer para cooperar al tratamiento y prevención del terrible mal.

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.

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



Preparado por
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO:
FARMACIA ROBERT-Lauria-74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



El papel de esta Revista está fabricado especialmente para El Siglo Médico por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1. — Madrid, Tel. 552.

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON PETROSINA LIQUIDA GARCÍA SUÁREZ

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