

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	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
		J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
		F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
		R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.

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: Equipo sanitario para las Inspecciones provinciales, por Víctor M.^a Cortezo.—Propaganda antivenérea por el Dr. Gougerat.—Las vitaminas en los medios de cultivo y su influencia en el desarrollo de ciertos microorganismos por el Dr. D. Jesús Jiménez.—Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar, por el Dr. D. Luis Sayé.—**Bibliografía**, por E. L.—**Periódicos médicos.**—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Monumento al Dr. Cortezo.—El Dr. D. Ricardo Becerro de Bengoa, por el Dr. Vital Azá.—Para alusiones personales.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

Equipo sanitario para las inspecciones provinciales

FOR
VÍCTOR M.^a CORTEZO

La gradual reorganización sanitaria que viene realizando la Inspección General del ramo, con el tesón y la perseverancia que suelen ser patrimonio de los convencidos, va, aunque paulatinamente, manifestándose en hechos de una indiscutible realidad, que seguramente han de satisfacer y animar á los inmiscuidos, por la seguridad que ofrecen de resultados positivos y prácticos.

Una vez provistas las inspecciones provinciales de Sanidad, por personas cuya afición á esta clase de asuntos, cuya capacidad intelectual, y cuyos desinterés, documentación científica y cultura sanitaria, han sido suficiente y archisuficientemente probados y comprobados, era de absoluta necesidad, y de reconocida urgencia proveerlas de algunos medios auxiliares que les consintiesen patentizar tan excelentes dotes, y les permitiesen contribuir al fin común, que todos perseguimos, evitando la expansibilidad de las epidemias en su momento de mayor riesgo, que es el comienzo, tanto por lo que á las indecisiones diagnósticas se refiere, cuanto por lo

que respecta á las insuperables é inevitables exigencias de tiempo, anejas al envío del material.

Pensando en ello, y en la primer ocasión que se ha presentado, la Inspección General ha hecho las adquisiciones suficientes para dotar á cada una de las inspecciones provinciales de un equipo sanitario, que pueda servir de núcleo para la constitución de pequeños Parques de desinfección, y que, en aquellas cuya situación estratégica lo autorice, puedan ampliarse, constituyendo Parques regionales, filiales unos y otros, del Parque Central de Sanidad.

El primer paso está dado, y el objeto de esta publicación es presentar el material que integra estos equipos provinciales, sin más pretensión que contribuir al buen entretenimiento, conservación y funcionamiento de los aparatos, y facilitar, en lo posible, la gestión de los compañeros.

*
*
*

He aquí el material:

Una estufa de desinfección por vapor fluente, sistema Lausenchläger, locomóvil para tracción animal, dos ruedas, tipo militar.

Un aparato formógeno, ó de formaldehización, sistema Torrents, ú Hotton, para la desinfección de locales.

Un aparato pulverizador de soluciones químicas desinfectantes, sistema «Excelsior».

Una bomba pulverizadora, para idéntico fin, sistema «Zas».

Un lote de sustancias desinfectantes, constituido por 10 litros de formalina al 40 por 100 y 12 kilogramos de un cresol.

Y, finalmente, una caja conteniendo estuches para recoger material infectado, en condiciones de ser remitido inmediatamente á Madrid para su análisis.

Fácil es de comprender que al enviar estos medios, no se pretende poner á las Inspecciones pro-

ción General, puesto que vendrá á llenar las necesidades más urgentes que se la pueden presentar, y tenemos motivos para confiar en que la puesta en práctica ha de corresponder, á la concepción teórica, con creces.

La estufa «Lausenschläger» es, como hemos dicho, de tipo ligero (600 kilogramos) y va montada sobre un chasis de [dos] ruedas, con varas para una caballería; este chasis está constituido por un bastidor de vigueta de hierro, provisto de pescante, con sus correspondientes arquetas para guardar los utensilios y herramientas de que va provisto el aparato.

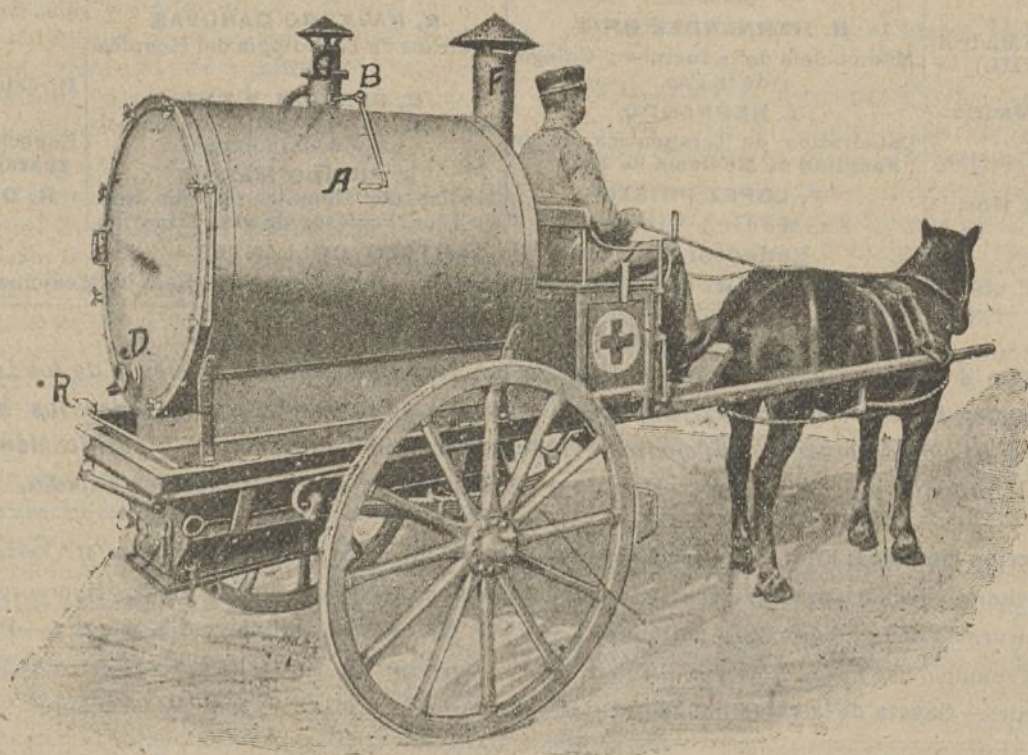


Figura 1.a.

vinciales en condiciones de corregir un brote epidémico, pero sí espera la Inspección General, que siendo suficientes para el aislamiento y las prácticas sanitarias de los primeros focos, contribuyan, discretamente manejados, á evitar la explosión de las epidemias, aun antes de ser diagnosticadas, que es el momento de su mayor peligro.

Bastará la sospecha de un caso epidémico, para que acudiendo con este pequeño bagaje, se pueda desinfectar el local, desinfectar las ropas y someter al trato sanitario debido al enfermo, y á las personas que le rodean; recoger los productos sospechosos y urgentemente enviarlos á Madrid; conocer el diagnóstico de la enfermedad, en un plazo breve, sin perjuicio de, posteriormente, acudir con laboratorios y personal, cuya instalación requiere mucho mayor tiempo, y, finalmente, dar lugar, en condiciones de tranquilidad, á la llegada de los refuerzos enviados por el Parque regional más próximo, en primer término, y por el Parque Central, si fuese preciso.

Esta organización será un acierto de la Inspección

Es cilíndrica, con unas dimensiones interiores de 1,20 metros de eje, por 1 metro de diámetro, y lleva una sola puerta, cuyo cierre hermético lo garantiza un sistema de tornillos con tuercas en mariposa, que la adaptan sobre un aro de goma engastado en el quicio.

Como todas las estufas de desinfección, consta de tres elementos: el hogar, la caldera y la cámara, dispuestos convenientemente para ajustarse al bastidor locomóvil.

El hogar lo constituye un hornillo de hierro (H) con sus elementos de parrilla, puerta y chimenea (F), poco exigente en la naturaleza del combustible que ha de emplearse, que será el que consienta la circunstancialidad de los casos.

Inmediatamente sobre él, va colocada la caldera (R), que en este caso debe llamarse mejor cuba de vaporización, puesto que este es el papel que desempeña; termina al exterior en forma de tolva, para favorecer el llenado, y se confunde con la pared exterior de la cámara. Va provista de un grifo de vaciamiento (Q).

Sobre la caldera ó cuba de vaporización, va la cámara ó estufa de desinfección, propiamente dicha; es cilíndrica, de las dimensiones ya apuntadas y construída en palastro. Tiene el cilindro en toda su extensión doble pared, que deja un espacio, interparietal ó *camisa* (S), destinado á dar paso al vapor (V) producido en la caldera, haciéndole entrar en la estufa (E) á través de una serie de aberturas longitudinales (P).

zosamente se producen en cada operación. Para completar esta reposición de pérdidas, debe añadirse agua por la tolva, hasta alcanzar la línea roja.

En este tubo (M) y á un nivel superior al del líquido de la caldera (para evitar que penetre por él) se injerta otro tubo (N) doblemente acodado, y destinado á dar salida al exterior al exceso de vapor contenido en la cámara, manteniendo, por consiguiente, una presión y una temperatura constantes.

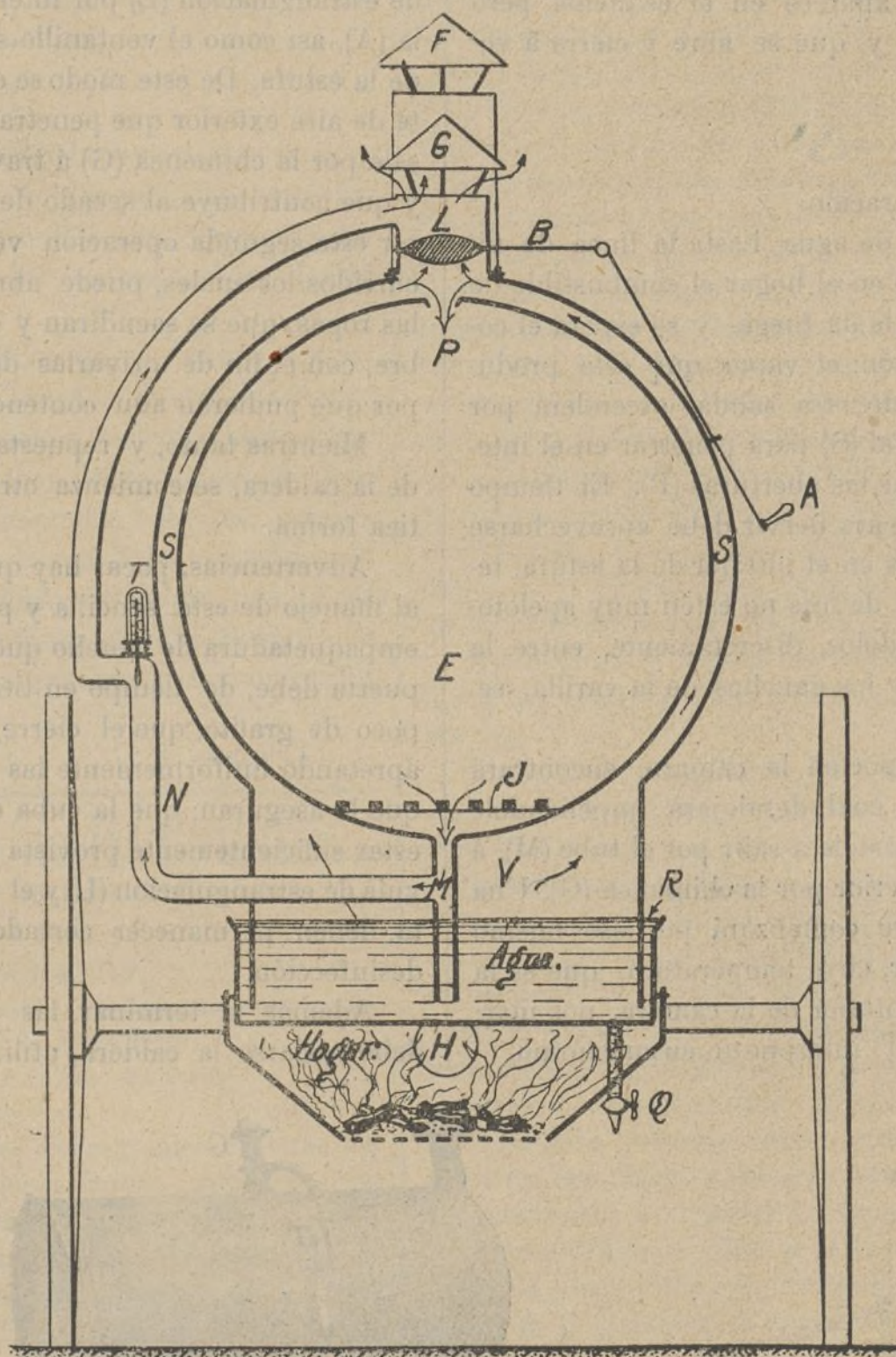


Figura 2.a.

Lleva la cámara en su interior una rejilla de madera (J) destinada á soportar los objetos, y en la parte opuesta del cilindro, esto es, en la parte superior y, paralelamente al eje, una varilla, provista de ganchos para colgar la ropa.

Los productos de condensación penetran por el tubo (M) en comunicación con la luz de la cámara, y con la parte inferior de la caldera, en ésta, contribuyendo á reponer las pérdidas de agua que for-

Al mismo tiempo, como en el codo superior lleva el termómetro, nos consiente comprobar en cualquier momento la temperatura interior de la cámara de desinfección. La expansión de este exceso de vapor se efectúa por la chimenea (G) colocada en la parte superior y á la mitad del eje longitudinal del cilindro.

La chimenea del hogar (F) que como es natural arranca directamente de éste, cruza exteriormente

la base anterior del cilindro ó estufa, en el espacio comprendido entre éste y el pescante.

Finalmente, para desalojar todo el vapor de la estufa, una vez terminada la operación, y establecer una corriente de aire exterior que contribuya al secado de los efectos, tenemos la válvula (L) cuya abertura ú oclusión se efectúa por intermedio de una palanca articulada (B) terminada en la manivela (A) y un ventanillo, colocado en la parte inferior de la puerta (que no aparece en el esquema, pero sí en los grabados) y que se abre y cierra á voluntad.

*
* *

Marcha de la operación:

Llena la caldera de agua, hasta la línea de nivel (roja), y colocado en el hogar el combustible de que se disponga, se le da fuego, y se espera el comienzo de la ebullición: el vapor que ésta produce (V), no encontrando otra salida, ascenderá por el espacio interparietal (S) para penetrar en el interior de la cámara por las aberturas (P). El tiempo que precisa el agua para hervir debe aprovecharse en colocar los objetos en el interior de la estufa, teniendo la precaución de que no estén muy apilados, y distribuyéndolos, discretamente, entre la parrilla de madera y los ganchos de la varilla, según su naturaleza.

Al penetrar el vapor en la cámara, encontrará ésta llena de aire, al cual desalojará impeliéndole hacia abajo, y obligándole á salir por el tubo (M), á tomar el (N) y al exterior por la chimenea (G). Una vez desalojado el aire comenzará por ese mismo trayecto á salir vapor, cuya temperatura, que es la que corresponde al interior de la cámara, nos marcará el termómetro (T) interpuesto en su camino.

Las condensaciones, que forzosamente se producen, al encontrar el vapor la superficie fría de la estufa, reingresarán en la cuba de vaporización por intermedio del tubo (M).

Cuando el termómetro marque 100 grados, debe comenzar á contarse el tiempo de la desinfección, que durará de veinte á treinta minutos, según las circunstancias y la naturaleza de los objetos.

Transcurrido este tiempo, se abrirá la válvula de estrangulación (L) por intermedio de la manivela (A), así como el ventanillo situado en la puerta de la estufa. De este modo se establece una corriente de aire exterior que penetrando por el ventanillo, sale por la chimenea (G) á través de la válvula (L) y que contribuye al secado de los objetos; debe durar esta segunda operación veinte minutos, transcurridos los cuales, puede abrirse la estufa y sacar las ropas, que se sacudirán y extenderán al aire libre, con el fin de privarlas de las burbujas de vapor que pudieran aún contener.

Mientras tanto, y repuesta la pérdida del agua de la caldera, se comienza otra operación, en idéntica forma.

Advertencias, pocas hay que hacer con respecto al manejo de esta sencilla y práctica estufa; que la empaquetadura de caucho que lleva el quicio de la puerta debe, de tiempo en tiempo, untarse con un poco de grafito; que el cierre debe ser hermético, apretando uniformemente las tuercas en mariposa que le aseguran; que la cuba de vaporización debe estar suficientemente provista de agua, y que la válvula de estrangulación (L) y el ventanillo de la puerta, deben permanecer cerrados, mientras dura la desinfección.

Además, al terminar las operaciones del día, debe variarse la caldera, utilizando el grifo (Q) y

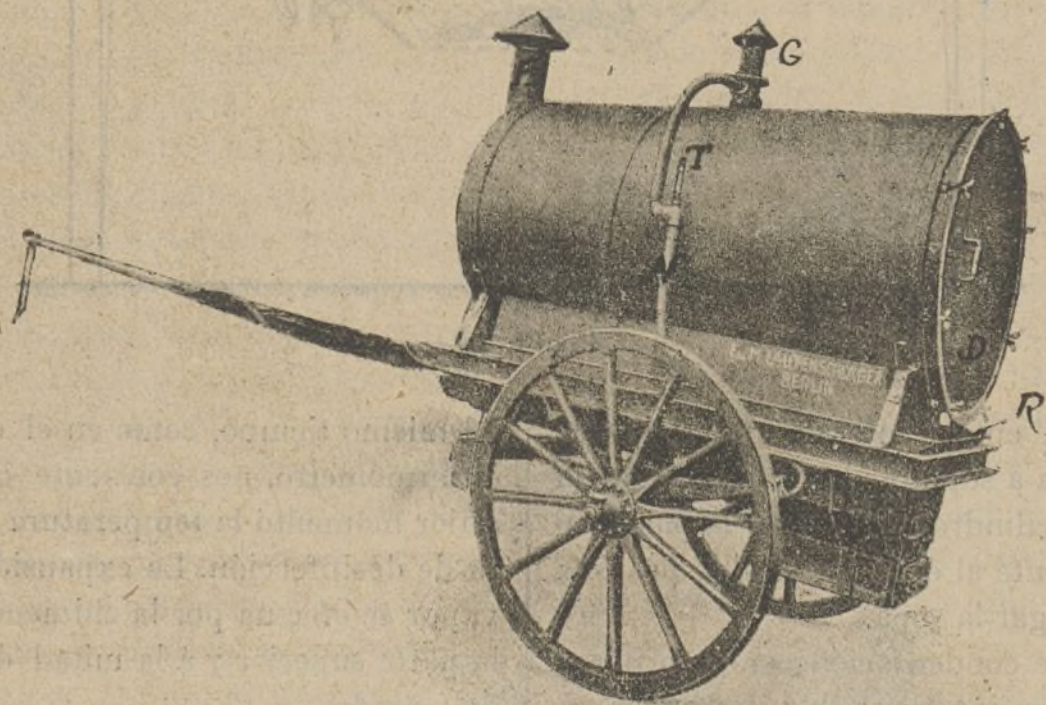


Figura 3.ª.

raspar, con el rastrillo, el hollín que haya podido acumularse debajo de la cuba de vaporización.

Los utensilios de que van provistas las estufas son: un hacha, un rastrillo para el hogar, una llave, una caja con grafito y un termómetro. Este no es el definitivo, sino uno provisional, sin que este carácter implique nada en el buen funcionamiento de los aparatos.

Dificultades á las que somos ajenos nos privan de enviar los termómetros propios de estos modelos, que serán cambiados por los provisionales en un plazo breve (un mes á lo sumo).

* *

En esta clase de estufas, como en todas aquellas en las que mediante el vapor, se solicitan temperaturas elevadas, hay que confiar á la discreción del operador, la selección de los objetos que en ellas se desinfectan.

Deben destinarse á ropas que no sean susceptibles de inmersiones, ni lejiados (vestidos exteriores, tejidos de lana, colchones, colchas, alfombras, tapicerías, etc.), y no deben introducirse en ellas, objetos encolados ó cementados, plumas, cueros, pieles; objetos de goma, libros, felpas, vestidos de valor, ni telas *muy manchadas* de sangre, pus, heces ó sustancias medicamentosas, porque después de la acción del vapor, esas manchas permanecerían indelebiles.

(Se continuará.)

PROPAGANDA ANTIVENÉREA

(PROGRAMA DE CONJUNTO)

POR EL

DR. GOUGEROT,

Profesor agregado de la Facultad de Medicina de París, médico del Hospital de Saint-Louis.

TRADUCIDO POR E. LUENGO

Desde hace varios años consagramos nuestros esfuerzos á la lucha antivenérea. En las comunicaciones al Congreso de Londres en 1913, como jefe de centro dermato-venereológico durante la gran guerra, como miembro de las Comisiones antivenéreas de los Ministerios del Interior, de la Higiene, de la Guerra, como miembro del Consejo de Administración del Comité Nacional y como secretario general de la Sociedad francesa de Profilaxia, hemos tratado con la palabra y con la pluma, de aconsejar á los propagandistas y de suministrarles los medios de ejecución; en repetidas ocasiones, sobre todo en los *Annales des Maladies vénériennes* (1918-1919), en nuestras conferencias del Curso de Higiene Social, en el Museo Pedagógico, en el Congreso Interaliado, hemos expuesto un programa de lucha antivenérea. Rogados por varios compañeros españoles, nos congratulamos de publicar aquí este programa de propaganda, que es el resumen de las comuni-

caciones presentadas á la Comisión del Ministerio de la Higiene y adoptados por esta Comisión.

Este programa de conjunto de propaganda antivenérea comprende seis partes.

PRIMERA PARTE

Organización de una Oficina central de informaciones y de propaganda.

La necesidad de la creación de esta Oficina es evidente, y la Sociedad francesa de Profilaxia sanitaria y Moral, y la Sociedad francesa de Higiene pública han emitido un voto unánime sobre este punto. Esta Oficina tendría un quintuple objeto:

1.º *Recoger las informaciones sobre la lucha antivenérea y todos los documentos útiles para la propaganda.*—En efecto; hoy, aquellos de entre nosotros que tratan de estar al corriente de los esfuerzos franceses y extranjeros, lo consiguen, enterándose con dificultad y un tanto al azar, por los análisis de las revistas, de las iniciativas más importantes. La Oficina de información reuniría, en cambio, todos los datos útiles: leyes extranjeras (por ejemplo, ley inglesa contra el charlatanismo, leyes americanas antivenéreas, organización belga del tratamiento antivenéreo, etc.,...) y sus traducciones, reglamentos y decretos municipales franceses y extranjeros, comunicaciones de las Sociedades científicas francesas y extranjeras, de los sindicatos profesionales, de los «focos» de propaganda, es decir, de todas las obras relativas á la profilaxia.

Establecería y tendría al corriente el plano de la lucha antivenérea: obras privadas, dispensarios públicos, etc.

Provocaría indagaciones sobre los modos de aplicación de las leyes, decretos, bandos, etc.... y los resultados obtenidos.

Si existen ya «Oficinas internacionales», será indispensable que faciliten á esta Oficina antivenérea, la copia de sus documentos. Por ejemplo, la Oficina Internacional de Higiene pública, creada en París en 1907, el Museo Social, la Nouvelle Revue Internationale d'Hygiene Publique, la Liga de la Cruz Roja, deberán comunicarnos sus adquisiciones.

Suscitaría investigaciones; indagaciones médicas sobre las cuestiones todavía discutidas ó que necesitan ser precisadas; por ejemplo, frecuencia de la sífilis rural, relaciones de la sífilis y de la tuberculosis, relaciones de la blenorragia y de la esterilidad, criterios de curación de la blenorragia, métodos de profilaxia individual, tratamientos de sostén de los sífilíticos, etc., etc.

Procedería á practicar consultas sobre las reformas y cuestiones en estudio, con las personalidades más competentes.

2.º *Transmitir los informes recogidos á los propagandistas, á las administraciones, á toda persona que los reclamase.*

En efecto, un propagandista que quiera propagar seriamente, un enfermo que quiera cuidarse, no saben en la actualidad dónde encontrarán las enseñanzas que desean.

3.º *Coordinar los esfuerzos.*—En efecto: hoy día no

existe ninguna unión entre las obras similares, cuyos esfuerzos no coordinados, se exponen á quedar desparrramados y menos eficaces. Sin pensar imponer una dirección única, autoritaria, sería útil que las diversas sociedades de profilaxia y de propaganda marchen de acuerdo y se dividan el trabajo; que las sociedades y ligas, cuyos objetos están relacionados, ligas contra la pornografía, ligas antialcohólicas, tengan cierta unión con nosotros.

4.º *Crear en todas las ciudades y departamentos, colonias, protectorados, corresponsales de propaganda ó Comités locales, compuestos de las personalidades más eminentes y más activas, dotados del material necesario, á fin de llevar á cabo en su sector la propaganda más eficaz (conferencias, etc.) y crear centros de enseñanza de higiene social (cursos semestrales).*

5.º *Organizar un servicio de Prensa para documentar á los periódicos é inspirarlos artículos periódicamente, de higiene social y de profilaxia.*

Mi compañero y amigo M. Sicard de Plauzoles, ha presentado una comunicación sobre la organización detallada de esta oficina, cuya urgencia se imponía. Su comunicación ha sido adoptada y transmitida al ministro de la Higiene, el cual ha encargado al *Comité de Propagande d'Hygiene Sociale et d'Education Prophylactique*, recientemente creado, bajo la presidencia del profesor Pinard, de su organización.

SEGUNDA PARTE

Estudio de los medios de propaganda.

La propaganda deberá penetrar en todos los ambientes, y para ser eficaz deberá colaborar en una estrecha unión con los directores de estos medios. La Subcomisión de propaganda entrará, pues, en relación con los directores de los principales centros; les rogará que trabajen con ella, á fin de establecer en pleno acuerdo con ellos un programa adaptado á cada ambiente.

Ejército de tierra (Bureau de Obras Militares, Centros de reclutamiento, Escuelas Militares, etc.).

Ejército de mar.

Sindicatos obreros, grandes industrias, compañías de ferrocarriles, grandes administraciones públicas y privadas.

Sociedades de Socorros Mutuos.

Sociedades deportivas (en el Proyecto de ley sobre la educación física obligatoria de los jóvenes, sería útil introducir la obligación de una enseñanza de la higiene).

Sociedades post-escolares y cursos nocturnos.

Enseñanza primaria superior.—Escuela Normal de instructores y de institutrices.

Segunda enseñanza:

Enseñanza superior y asociación de estudiantes.

Centros de la Unión Franco-americana, Centros cívicos, Centros de los aliados, etc.

Escuelas de Agricultura, de Comercio, de enfermeras.

Prisiones, etc., y la lista aumentará sucesivamente según nuestras investigaciones.

Deberá hacerse una propaganda especial entre las prostitutas, por medio de consejos verbales, fuera de las visitas médicas, por impresos, carteles en las habitaciones, cartillas de *control* médico, tales como las que he propuesto y utilizado durante la guerra.

TERCERA PARTE

Medios de acción.

Deben ser empleados todos, y no sabría elevarme demasiado contra aquéllos que, haciendo jerarquía de los medios de propaganda, desprecian algunos de ellos.

Los principales son:

1.º *Folleto resumido mostrando los peligros de las enfermedades venéreas.*—Este folleto debe ser corto para que resulte barato, y se distribuirá profusamente, de tal modo que no resulte, sin embargo, un doble empleo con los carteles y mariposas. Desde 1916 he adoptado el pequeño *formato* de cuatro páginas, de 110 milímetros por 160 milímetros, ó sea una hoja de papel de 220 milímetros por 150 milímetros, que se pliega al distribuirla, con lo cual se reducen los gastos al mínimo.

Los folletos deberán estar adaptados á cada ambiente; para los hombres adultos, tales como los soldados, obreros, he utilizado desde 1916 un modelo, que la Sociedad de Profilaxia y el Servicio Sanitario se han dignado adoptar. Este texto, escrito en términos sencillos, no debía ocultar nada y nada ha ocultado. Repartido á millares entre nuestros soldados y los obreros de la 9.ª región, después de las conferencias ó insertado en la cartilla militar, en la cartilla de paga de los obreros, ha sido traducido al inglés, servio, ruso, annamita, árabe, *malgache* (1). (Por tanto, estas traducciones están dispuestas para la propaganda colonial). Este folleto tiene ya, por consiguiente, una larga carrera y la sanción de la experiencia.

Pero para los otros ambientes (mujeres, muchachas jóvenes, alumnos de los liceos) será preciso estudiar los textos. Los americanos tienen folletos para cada edad y para cada ambiente, que pueden servirnos de modelos, y para la redacción de los textos, proponemos solicitar la colaboración de personas competentes, directoras de escuelas normales, ó de liceos, etc.

2.º *Tarjetas postales ilustradas en negro y en colores, si es posible.*—Estas tarjetas han sido utilizadas en la lucha contra la depopulación, la tuberculosis, el paludismo, las moscas, etc. Para las enfermedades venéreas se podría reproducir: 1.º, el microbio, un chancro de la barba y un chancro de la lengua; 2.º, placas mucosas bucales y la roséola; 3.º, una sífilide gomosa mutilante de la cara y su cicatriz; 4.º, lesiones óseas; 5.º, lesiones viscerales de la aorta (aneurisma), del cerebro (reblandecimiento), etc.; 6.º, un atáxico y un paralítico; 7.º, niños monstruosos, macrocéfalos, idiotas; 8.º, epilépticos; 9.º y 10.º, se figuraría por medio de hombres de talla diferente y por medio de tumbas cada vez mayores, las estadísticas, como ya ha sido hecho para la tuberculosis en América y en Suiza, comparativamente con la

(1) Idioma de Madagascar.

Peste, cólera, sarampión, fiebre tifoidea, etc., y como lo citamos siempre como ejemplo con relación á los muertos de la guerra; 11.º, finalmente, y para la educación de los enfermos, una tarjeta reproduciría una inyección intravenosa en el brazo. Estas diez tarjetas bastarían para tener lo esencial. Se podrían añadir á ellas cuatro más sobre la blenorragia, el reumatismo blenorragico, esquema anatómico de las salpingo-ovaritis, esquema de las cistitis y orquitis, oftalmía del recién nacido.

Estas tarjetas, no impresas todavía, que yo sepa, serán fáciles de hacer, porque tenemos las fotografías dispuestas, y para los esquemas anatómicos y las estadísticas con imágenes, un dibujante hará el dibujo de ellas en algunos minutos.

3.º Mariposas distribuidas, *pegadas en todas partes*, en los muros, en los urinarios, etc.; cada mariposa sólo debe desarrollar una idea.

He aquí las tres que he empleado ya con éxito en francés, inglés, ruso, annamita, árabe, chino, etc...

I. Mariposa para combatir la prostitución clandestina (su texto supone medidas higiénicas que propondremos á la Subcomisión de Profilaxia). Recordaré que esta mariposa, que ha hecho del hombre nuestro colaborador en la vigilancia de las prostitutas, ha llevado, en Saumur sobre todo, numerosas clandestinas para hacerse reconocer médicamente, porque sin la tarjeta médica no encontraban, decían ellas, modo de ganarse la vida.

II. Mariposa para servir de contraveneno á los reclamos charlatanescos y hacer conocer los servicios anejos.

III. Mariposa de propaganda en favor de la desinfección profiláctica individual.

Sería preciso añadir:

IV. Mariposas que pongan de relieve el peligro de las enfermedades venéreas, reproduciendo las tarjetas postales, ó citando, por ejemplo, el cartel del Comité Nacional, completado: «Franceses, tened cuidado: el alemán está vencido, pero quedan por combatir enemigos mayores, y ante todo: el alcohol, la tuberculosis, la sífilis. En diez años la sífilis ha matado más de 1.500.000 franceses, tanto como la guerra en cuatro años. Cada año esta enfermedad nos cuesta más de mil millones».

V. Mariposas dando consejos de moralidad, reproduciendo, por ejemplo, el célebre cartel americano: «Cuando hables de una mujer, piensa en tu madre, en tu hermana, en tu prometida, y no dirás bestialidades».

VI. Mariposas resumiendo los «mandamientos del venéreo», por ejemplo: «Antiguos sífilíticos, antiguos blenorragicos, no dejéis de trataros sin el permiso del médico, no os caséis sin autorización formal de vuestro médico. Familias, exigid el certificado médico del matrimonio», ó aun: «Antiguos sífilíticos, no confiéis vuestro hijo á una nodriza, etc...»

4.º *Sellos postales*.—Pueden imaginarse tres sistemas: I, el sello que reproduzca las figuras de las tarjetas, con un escrito muy corto, ó algunas palabras: «cuidado con la sífilis», «los muertos de la sífilis», «sífilíticos, cuidaros». II, el sello que reproduzca una mariposa muy reducida. Formando marco el sello, el centro

está ocupado por un sello de franqueo y en el marco se podría imprimir una lectura muy corta: «la sífilis ha matado en diez años, tantos franceses como la guerra en cuatro años», etc... No ignoramos que esta propaganda tropezará con muchos prejuicios, pero somos de opinión de pasarlos por alto, porque éste será un excelente medio de hacer cambiar de opinión.

(Se continuará.)

Las vitaminas en los medios de cultivo y su influencia en el desarrollo de ciertos microorganismos (1)

POR EL

DR. D. JESÚS JIMÉNEZ

Nos ocuparemos brevemente del llamado «lag» por los autores ingleses y americanos. Chesney y Lloyd creen que el «lag» representa el tiempo necesario para que las células bacterianas se repongan del daño que supone la siembra. Ellos creen que los extractos orgánicos, ó las sustancias ricas en vitaminas, influyen sobre el crecimiento bacteriano y aumentan la velocidad de la reproducción celular.

De nuestras observaciones podemos decir que en los medios á los que se les ha añadido el extracto, este «lag» ó período de vida latente que las bacterias tienen en las primeras horas que siguen á su siembra, aparece disminuido al máximo. De la comparación de los cuadros se saca la conclusión de que este período es menor cuanto más cantidad de extracto se le añada al medio. Los primeros trabajos que sobre vitaminas se han hecho en bacteriología se deben á Jordan Lloyd, Gordon, Hyne, Sydney y Cole; sus trabajos se refieren al meningococo y al gonococo.

Los medios de cultivo empleados fueron el de Douglas y el de Cole, Sidney y Onslow. El primero es obtenido por una digestión tripsica de corazón de buey (cuando el «licor tripsico de Allen Hamby's») añadida de 2 por 100 de agar. El segundo emplea, para su obtención la digestión tripsica de la canina, usándose el producto recomendado por los autores, Laitproto, número 6, Casein Limited; un volumen de este líquido es mezclado á dos de agar al 3 por 100.

En estos medios estudiaron los autores citados la acción de las vitaminas usando los líquidos naturales, como sangre, líquido de ascitis, etc. Los resultados obtenidos fueron bastante satisfactorios, y desde esa fecha, los estudios sobre esta materia se han multiplicado.

Nosotros hemos usado esos medios de cultivo anteriormente citados, á los que se le añadían diferentes extractos; los resultados nunca fueron tan sorprendentes como los obtenidos empleando el caldo y agar común. Además, la preparación de aquellos medios de cultivo son de una técnica complicada y emplean bastante tiempo en su preparación, pero no son éstos los únicos inconvenientes, otros de gran importancia pueden atri-

(1) Véase el número anterior.

buirseles; su falta de transparencia, debido á que estos medios no deben filtrarse, la dificultad para conservarse, el medio debe emplearse lo más fresco posible; como los extractos son añadidos mientras dura la ma-

estado á la temperatura del laboratorio, que los que se colocaron en la estufa ó en la nevera. Con la condición de que los tubos sean cerrados á la lámpara su actividad se manifiesta, como queda dicho, después de un año.

CUADRO VII

Acción del extracto globular.

Número de gotas añadidas por tubo de cultivo.

Tiempo.	5/10 de gota.			7/10 de gota.			1 gota.			Tubos testigos sin extracto.					Tubos testigos: agar 15, peptona 20 y agua 1.000. 1 c. c. de extracto por tubo.					Alcohol separado por centrifugación, prueba vitaminas. 1 c. c. de extracto por tubo.				
	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d
Meningococos A, B, C, D.	0	±	±	±	+	+	+	+	+++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumococos I, II, III, IV.	0	0	±	0	0	±	+	+	+++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonococo.	0	0	±	0	+	+	+	+	+++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. Pfeiffer.	+	+++	+++	+	+++	+++	+++	+++	+++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

nipulación para fabricarlos, se corre el riesgo de que las vitaminas sean destruidas por la esterilización ó sean absorbidas por las proteínas como cree Hopkins. La transparencia á estos medios sólo se consigue, y nunca completamente, por la centrifugación. Además de todos estos inconvenientes hay otro aún, no despreciable, el de su costo, por lo menos en el Instituto Patercer su valor montaba diez ó doce veces sobre los corrientemente empleados por nosotros como el caldo y el agar.

Así que por estas razones estimamos como más ventajoso para su aplicación, el seguido por nosotros á

Para las pruebas corrientes es suficiente guardarlos á la temperatura del laboratorio teniendo la precaución de capuchonar el tubo.

Vitalidad de los microbios ensayados en estos medios de cultivo.—Nuestra experiencia es de cinco meses; sembramos los diferentes microbios ya citados, en frascos conteniendo 200 c. c. de caldo común; á cada uno se le añadió 5 c. c. de extracto globular; las siembras hechas á los cinco meses, son positivas.

En cuanto á la virulencia, nuestras experiencias están todavía en estudio; pero los Sres. Nicolle, Truche y Legroix, conservan la virulencia de los meningoco-

CUADRO VIII

Acción del extracto de corazón.

Número de gotas añadidas á cada tubo de cultivo.

Tiempo.	5/10 de gota.			7/10 de gota.			1 gota.			Tubos testigos sin extracto.					Tubos testigos: agar 15, peptona 20 y agua 1.000. 1 c. c. de extracto por tubo.					Alcohol separado por centrifugación, prueba vitaminas. 1 c. c. de extracto por tubo.				
	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d
Meningococos A, B, C, D.	0	±	±	±	±	+	+	+	+++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumococos I, II, III, IV.	0	0	±	0	±	+	+	+++	+++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonococos.	0	0	0	0	±	±	+	+	+++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. Pfeiffer.	±	±	+	+	+	+++	+++	+++	+++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

causa de que no se le pueden atribuir ninguno de los inconvenientes que los otros tienen.

Otro punto interesante á estudiar, el tiempo que estos extractos permanecen activos, y si el tiempo ejerce una acción debilitante sobre su poder para el crecimiento de los microbios.

Nosotros hemos ensayado extractos de un año de fecha y se nos ha mostrado activo, lo mismo los que han

cos, gonococos y pneumococos en los medios á los que se les ha añadido estos extractos.

Propiedades de las vitaminas ú hormonas de crecimiento existentes en los extractos de órganos y tejidos.—Estas vitaminas son solubles en el agua destilada y en el agua fisiológica. Su solubilidad en el alcohol es dudosa; tratando un volumen de glóbulos rojos lavados, ó cualquiera de los otros órganos ensayados, por cuatro

volúmenes de alcohol absoluto en frío, la solución alcohólica obtenida es inactiva; si la maceración es hecha á 80°, la solución es muy débilmente activa; la misma operación hecha con la acetona da en caliente como en frío soluciones inactivas.

Como ya decimos, los extractos etéreos no pare-

recurrir á elevadas temperaturas y de conservar la actividad total de sus productos.

La fabricación de los medios, conteniendo vitaminas, se simplifica notablemente por este procedimiento, mientras que se complica en los métodos de los autores ingleses ya citados.

CUADRO IX

Acción del extracto glabular.

Número de gotas añadidas por tubo de cultivo.

Tiempo.	5/10 de gota.			7/10 de gota.			1 gota.			Tubos testigos sin extracto.					Tubos testigos: agar 15, peptona 20 y agua 1.000. 1 c. c. de extracto por tubo.					Alcohol separado por centrifugación, prueba vitaminas 1 c. c. de extracto por tubo.				
	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d
Meningococos A, B, C, D.	±	+	+	+	++	++	+	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumococos I, II, III, IV.	0	0	±	±	±	+	+	+	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonococo.	0	0	±	±	±	±	+	+	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. Pfeiffer.	+	+	+	+	++	++	++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

cen disolver ninguna substancia que tenga una marcada influencia sobre el desarrollo de los microbios.

El calor á 80° en presencia del alcohol ó acetona, seguido de una desecación á baja temperatura no destruye las vitaminas; se puede extraerlas tratando por la solución salina y en frío el polvo así obtenido.

Las soluciones acuosas de vitaminas, preparadas por los procedimientos ya descritos anteriormente, pierden una parte de su actividad cuando se calientan durante quince minutos á 90°. Esta actividad es más estable si las vitaminas se encuentran en el agar, en-

Estos extractos conservados como ya hemos dicho pueden reportar buenos servicios para la práctica diaria, del laboratorio; con ellos se substituyen los líquidos naturales no siempre fáciles de encontrar, y que presentan algunos inconvenientes, como son los riesgos que se corren de contaminar los medios durante su preparación; empleando los extractos este peligro está salvado. Además la vitalidad en estos medios de cultivo es más duradera que en aquéllos y la virulencia se conserva bien en estos medios, evitando el tener que recurrir á otros especiales.

CUADRO X

Acción del extracto de bazo.

Número de gotas añadidas á cada tubo de cultivo.

Tiempo.	5/10 de gota.			7/10 de gota.			1 gota.			Tubos testigos sin extracto.					Tubos testigos: agar 15, peptona 20 y agua 1.000. 1 c. c. de extracto por tubo.					Alcohol separado por centrifugación, prueba vitaminas 1 c. c. de extracto por tubo.				
	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d
Meningococos A, B, C, D.	0	0	±	0	0	±	±	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumococos I, II, III, IV.	0	0	0	0	±	+	±	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonococo.	0	0	0	0	±	+	+	+	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. Pfeiffer.	±	±	+	+	+	+	+	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

tonces su actividad se atenúa á 100°; su desaparición total se hace entre 110 y 120°.

Las soluciones acuosas pueden ser filtradas sobre papel ó sobre bujía Chamberland sin atenuación aparente de su actividad. Esta última propiedad permite preparar los medios estériles, como nosotros hemos indicado, sin tener, como los autores citados, que

Nosotros hemos creído útil reunir todos nuestros ensayos hechos para formar este trabajo. Nosotros continuamos nuestras modestas investigaciones. Otros microbios, sin duda, á más de los ensayados pueden aprovechar la acción de las soluciones de vitaminas (rapidez y abundancia de cultivo); las vitaminas no parecen específicas para una sola especie bacteriana. Por otra

parté, será necesario extender el estudio de las diferentes fuentes de vitaminas, ensayar de determinar su naturaleza y el mecanismo de su acción: hasta ahora poco se sabe respecto á su composición química y en cuanto

Bibliografía.

AGULLON ET LEGROUX.—Contribution á l'étude des vitamines utilisables á la culture des microorganismes (B. Pfeiffer). Compt. rendu A. M., 1918 (C. L. XVII), pág. 597.

CUADRO XI

Acción del extracto del riñón.

Número de gotas añadidas por tubo de cultivo.

Tiempo.	5/10 de gota.			7/10 de gota.			1 gota.			Tubos testigos sin extracto.					Tubos testigos: agar 15, peptona 20 y agua 1.000. 1 c. c. de extracto por tubo.					Alcohol separado por centrifugación, prueba vitaminas. 1 c. c. de extracto por tubo.				
	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d
Meningococos A, B, C, D.	0	0	0	0	0	±	±	±	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumococos I, II, III, IV.	0	0	0	0	±	+	+	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonococo.	0	0	0	0	±	±	±	±	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. Pfeiffer.	0	0	0	±	±	+	+	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

á su actividad tiende á ser explicada, ó bien por un estado físico especial que les asemeja á las diatasas, ó por su composición química.

CONCLUSIONES

El crecimiento de todas las bacterias patógenas ensayadas fué favorablemente influenciado por la adición de extracto de órganos y tejidos.

El efecto de estos extractos se manifestó por la pronta colonización, por la rapidez del desarrollo y por la exuberancia de las colonias.

Las sustancias activas de estos extractos pertene-

BOTTOMLY.—Somme accessory factor in plant growth and nutrition. Proc. Roy S. London, series B, 1914-15, página 237.

COLE AND OUSLOW.—The Lancet, 1916, v. II, pág. 9.

CHESNEY HAN HME.—The effect exposure to temperatures at or above 100° C. upon vitamine. Proc. Roy S. London, series B, 1917-19, pág. 60.

COLE S. W. AND LLOYD.—The preparation of solid liquid media for the cultivation gonococos. J. Path. and Bact, 1916-17, pág. 267.

DOUGLAS.—The Lancet, 1914, v. II, pág. 891.

FUNK.—Jour State Medicine, 1912, v. XX, pág. 341.

HOPKINS.—Jour Physio, London, 1916, v. VII, pág. 143.

CUADRO XII

Acción del extracto de músculo.

Número de gotas añadidas por tubo de cultivo.

Tiempo.	5/10 de gota.			7/10 de gota.			1 gota.			Tubos testigos sin extracto.					Tubos testigos: agar 15, peptona 20 y agua 1.000. 1 c. c. de extracto por tubo.					Alcohol separado por centrifugación, prueba vitaminas. 1 c. c. de extracto por tubo.				
	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d
Meningococos A, B, C, D.	0	0	0	0	0	±	0	±	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumococos I, II, III, IV.	0	0	0	0	0	0	±	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonococo.	0	0	0	0	0	±	±	±	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. Pfeiffer.	0	0	±	±	±	+	±	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

cen al género de las llamadas vitaminas ú hormones de crecimiento.

Las sustancias solubles en el agua son aparentemente las únicas esenciales para el desarrollo de las bacterias.

Las sustancias solubles en el éter carecen de acción.

Madrid, 26 de Noviembre de 1919

JORDAN LLOYD.—Jour P. and Bact., 1916-17, pág. 113.

LOEB AND NORTHSOP.—Nutrition and volution. Second note. J. Biol. Chem., 1916, pág. 309.

MC. COLHNN SULIMMONDS.—The nursing mother as factor of safety. Ame. J. Physio, 1918, pág. 275.

MOCKENSIDGE.—Some effects of groort, etc. Proc. Roy S. London, series B, 1917, pág. 508.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

RESUMEN DE LA CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA, POR EL DOCTOR DON LUIS SAYÉ

El disertante hace historia de los diferentes métodos quirúrgicos empleados para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, haciendo una crítica de los resultados obtenidos con cada uno de ellos. Divide los métodos utilizados en *directos* é *indirectos*. Los directos son los que actúan sobre el pulmón mismo, extirpando el lóbulo afecto (neumectomía), abriéndolo al exterior (neumotomía) ó inyectando en el seno del mismo tejido tuberculoso soluciones «esclerógenas». Los indirectos son los que actúan sobre la neoformación tuberculosa mediante el reposo total ó parcial del órgano (toracoplastia, neumolisis extrapleurale, frenicotomía, etc.), ó influyendo sobre la circulación del mismo (ligadura de la arteria central del lóbulo, elongación de los nervios intercostales é hiperemia consecutiva). Describe la técnica de cada una de estas intervenciones y expone las distintas fases porque ha pasado la técnica de la toracoplastia desde la propuesta por Friedich hasta la de Sauerbruch, la aceptada hoy. Asimismo describe la técnica de la neumolisis extrapleurale rellenando la cavidad creada artificialmente con grasa ó parafina para colapsar la caverna. Estudia las indicaciones y dice que la colapsoterapia quirúrgica se ha desarrollado tanto estos últimos diez años porque esencialmente los resultados obtenidos con la misma son idénticos á los del neumotórax artificial; este método al precisarse cada vez más las indicaciones ha dado resultados cada vez más favorables, pero al no poderse realizar en todos los casos convenientes por la existencia de adherencias que impiden la compresión del foco principal, ha necesitado de la técnica quirúrgica para alcanzar el mismo fin.

Las indicaciones de la colapsoterapia quirúrgica son esencialmente las mismas que las del neumotórax artificial. Tan sólo no puede recomendarse para combatir de una manera inmediata una hemorragia; tampoco es recomendable para el tratamiento de los procesos caseosos agudos cuando son susceptibles del neumotórax artificial, pues en general, estos enfermos están profundamente intoxicados. Las indicaciones son los casos de tuberculosis fibrocásica común unilateral con destrucciones que hagan el síndrome irreductible, más precisamente aún, las formas cavitarias estacionarias en las que la caverna «es toda la enfermedad».

Las formas córticopleurales difusas caseosas ó fibrocásicas, y las formas fibrosas postpleurales con destrucciones aunque poco vastas cuando la tendencia hemoptoica por su manifestación frecuente representa un grave peligro por la dispersión de sangre bacilífera é zonas sanas de pulmón, son indicaciones precisas. Asimismo, la toracoplastia más ó menos extensa donde cumple fines mejores es para corregir los resultados insuficientes del neumotórax artificial cuando un exudado al reabsorberse crea adherencias en el vértice que impiden el colapso completo del vértice. En estos casos el enfermo sigue durante largo tiempo eliminando bacilos, sus focos apicales no se han cicatrizado; una plastia localizada sobre los mismos resuelve la situación.

El concepto de unilateralidad es esencial cuando se trata de casos puramente evolutivos; es en estos casos cuando las lesiones del pulmón opuesto se avivan por el colapso y son causa de la muerte en plazo más ó menos largo; operando «en frío», con síndrome tóxico atenuado ó nulo, el lado opuesto no reacciona ó aún mejora si la lesión es nodular, poco ulcerada y no alcanza más de un lóbulo. Las contraindicaciones generales las impone la edad y las condiciones

circulatorias. La edad porque en la juventud los procesos tuberculosos son preferentemente caseosos; la edad que parece más conveniente para estos métodos, es de veinticuatro á cuarenta y cinco años; pasado este límite el enfisema y el estado del corazón pueden crear situaciones especialmente graves.

El plombage cumple especialmente fines complementarios. La tendencia actual, excepto en el caso de caverna pequeña, y lesión muy circunscrita, es practicarlo para completar la oclusión de cavidades que en ocasiones la toracoplastia no puede lograr. Resume el conferenciante los resultados obtenidos hasta ahora con la toracoplastia, plombage y métodos combinados por Sauerbruch, cuya estadística alcanza 381 operados. La mortalidad operatoria fué de 2 por 100, la mortalidad en las primeras semanas 12 por 100, y los resultados curativos alcanzaron el 35 por 100. Comenta estas cifras que tienen el doble valor de ser recogidas durante diez años, tiempo suficiente para juzgar de los resultados obtenidos, y por un cirujano asistido por una de las mejores escuelas de especialistas de enfermedades del pulmón en la Suiza Alemana, Sayé ha podido estudiar desde 1912, 35 operados entre sus enfermos y los de Reventós, intervenidos por Cortés, Frontera y Puig Sureda. Muy en breve publicará la estadística comentada, pero puede adelantar que sus resultados coinciden en general con los de Sauerbruch, y acaba su conferencia afirmando que actualmente la experiencia acumulada sobre el asunto es suficiente para que deba contarse con los métodos quirúrgicos para el tratamiento de ciertas formas de tuberculosis pulmonar cuando todos los otros recursos hayan fracasado y pasado un período de observación de algunos meses que convenga al médico de la irreductibilidad y de los peligros del síndrome.

La indicación debe formularla el especialista basándose en el estudio de la forma anatómico-clínica. La colaboración del médico y del cirujano indispensable en la cirugía pulmonar en general, es la que ha permitido alcanzar en estos últimos años resultados que una más vasta aplicación confirmará cada vez más.

Bibliografía.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA ACCIÓN TERAPÉUTICA DEL MESOTORIUM, PARTICULARMENTE EN LAS MANIFESTACIONES REUMÁTICAS, por Mlle. Th. Pares.

El empleo del mesotorium por vía hipodérmica ó intravenosa, ha sido preconizado recientemente por P. Carnot y Guillaume, en diversas afecciones, y sobre todo en el reumatismo blenorragico y en el eritema polimorfo. Mlle. Pares refiere en su tesis, los resultados obtenidos por ella con este método en la clínica de M. Rivet, del Hospital Lariboisière.

En sus experimentos ha empleado soluciones de bromuro de mesotorium (Buisson) que han sido administradas en inyecciones intramusculares, sin determinar nunca reacción dolorosa local, ni reacción general. Ha practicado series de 40 á 50 microgramos, repartidos en dosis diarias de 1 á 5 microgramos al principio, aumentando progresivamente la dosis 1 microgramo por día. Más tarde, administró sin inconveniente dosis de 4 microgramos de una vez. Según los casos, el tratamiento comprendió una ó varias series, separadas por un intervalo de ocho á diez días.

Mlle. Pares ha tratado así tres casos de reumatismo articular crónico de origen diverso, cuatro casos de reumatismo gonocócico y tres casos de ciática.

En el reumatismo gonocócico, la acción del medicamen-

to comienza á dejarse sentir al cabo de seis á siete días de tratamiento, manifestándose por un descenso de la temperatura, una sedación del dolor, la desaparición progresiva de la hinchazón, la reabsorción del derrame en caso de hidrartrosis, y finalmente, por la vuelta progresiva á la movilidad normal.

En los tres casos de reumatismo articular crónico, que habían resistido á todos los tratamientos anteriormente aplicados, el mesotorium provocó mejorías notables: desaparición del dolor, reabsorción de un derrame persistente, disminución de la hinchazón articular y mejoría funcional notable.

La acción analgésica del mesotorium se observa, no solamente en los reumatismos, sino también en las neuralgias ciáticas.

En fin: en dos casos, Mlle. Pares ha podido comprobar que el mesotorium aumenta la eliminación de ácido úrico.

En resumen: las observaciones referidas en esta tesis vienen á confirmar el valor del mesotorium en terapéutica, en lo que se refiere á algunas de sus aplicaciones más corrientes.

E. L.

Periódicos médicos.

SIFILOGRAFIA Y DERMATOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento del sicosis de la cara por las autovacunas, por el Dr. Renaud-Badet.—Se conoce bien la rebelión del sicosis de las regiones pilosas de la cara, afección que resiste á los tratamientos más variados. Desde 1916 ha tratado el autor varios centenares de casos de esta lesión por la autovacuna estafilocócica, sin ningún fracaso y sin ninguna recidiva; publica diez observaciones donde se demuestra claramente la excelencia de este método terapéutico. Sin insistir sobre la fabricación de las vacunas de Wright, hace notar en cambio Renaud-Badet, que las vacunas proteínicas polivalentes prometen resultados inesperados en el tratamiento y la prevención de todas las enfermedades infecciosas; estas vacunas se inyectan á dosis de mil millones sin que provoquen la menor reacción, debido á que su técnica de preparación quita toda la toxicidad de los microbios, conservando todo su poder antigénico. (*Paris Medical*, número 8, 19 de Febrero de 1921).—LUENGO.

2. La crisis hemoclásica (nitritoide) del arsenobenzol, por MM. Leredde y Drouet.—Las crisis nitritoides (nombre dado por Milian, que las ha comparado á los accidentes provocados por los nitritos) que siguen á las inyecciones de arsénico ó de novarsenobenzol, no son más que un caso particular de la crisis hemoclásica, estudiada por Widal; se trata en todos los casos de fenómenos de orden físico-químico, ligados á la formación de precipitados en el medio sanguíneo. El mecanismo parece estar bien establecido, pero las condiciones que favorecen su aparición son todavía bastante obscuras. La crisis nitritoide empieza generalmente al terminar la inyección, aunque existen crisis retardadas. Se manifiesta por un enrojecimiento de la cara, con sensación de angustia y de malestar; á veces, picor laríngeo. Este estado, de ordinario pasajero, puede prolongarse hasta dos horas. Con frecuencia se produce á continuación de esta fase congestiva, un estado lipotímico y hasta un verdadero síncope. La crisis nitritoide puede asociarse á fenómenos de urticaria en el mismo momento de la inyección, localizados en diferentes puntos del cuerpo; á veces no hay enrojecimiento de la piel, sino solamente erupción de urticaria, que

reconoce necesariamente el mismo origen y el mismo mecanismo. A los fenómenos cutáneos, se asocian á menudo trastornos gástricos é intestinales, náuseas prolongadas, vómitos biliosos por lo general, á veces con expulsión de filamentos de sangre, dolor abdominal, diarrea y hasta una raquialgia moderada. Pueden faltar los fenómenos cutáneos, existiendo únicamente los dolores raquídeos y abdominales. En la mayor parte de los casos, la crisis nitritoide es de corta duración, casi indolora; cuando es intensa, va seguida de postración y aplanamiento del enfermo. Este puede presentar elevación térmica, y durante la crisis el pulso es más frecuente y baja la presión arterial. El estudio de la presión arterial, como el de los signos externos y el de los trastornos subjetivos, establece la identidad de la crisis nitritoide y de la crisis hemoclásica. Por tanto, al lado de las sustancias que suelen determinar ordinariamente la crisis hemoclásica (sueros, peptona, proteínas microbianas), hay que colocar también á los arsenobenzoles; por otra parte, se sabe actualmente que dichas crisis pueden ser motivadas también por sustancias cristaloides, y así señala Widal el cloruro sódico, el bicarbonato sódico en solución isotónica, estableciendo como condición que la inyección de sustancias cristaloides se haga bruscamente, ó á dosis masivas, por vía intravenosa. Se admite de una manera clásica, que la crisis nitritoide no tiene gravedad, pero no es exacto afirmar que carece de peligro, y los autores refieren varias observaciones de muerte súbita por crisis nitritoide; claro es, que dado el elevado número de inyecciones de arsenobenzol que se practican, la proporción de los casos de muerte es muy reducida. Se conocen mal las causas que favorecen la aparición de las crisis nitritoides; su estudio tiene, sin embargo, un interés capital, porque cada vez más importará preverlas y prevenirlas. Hay que recordar un hecho esencial, y es, que el arsenobenzol en solución ácida ó hipoalcalina, determina normalmente crisis. No obstante, hay casos en los que, á pesar de una alcalinización perfecta, se produce la crisis. Parece, pues, que hay que admitir que las crisis consecutivas á las inyecciones de novarsenobenzol, están ligadas á un estado orgánico individual de los enfermos, anterior á las inyecciones. La influencia de la rapidez de la inyección y de la concentración de la solución, no es, sin embargo, absolutamente nula; conviene inyectar lentamente y no emplear nunca menos de 10 c. c. para disolver un gramo de novarsenobenzol. El único fenómeno que puede permitir prever una crisis nitritoide en un enfermo tratado, es hasta nuevo aviso, la existencia de crisis anteriores. ¿Cuáles son las causas que determinan la predisposición á las crisis? Milian y la mayor parte de los autores, las han buscado en una insuficiencia suprarrenal, pero esta opinión se apoya en argumentos discutibles. Los autores señalan el siguiente hecho, cuya importancia les parece esencial: en 36 enfermos que han presentado crisis, 13 han tenido también ictericia, proporción bastante considerable; primero tuvieron la ictericia y después la crisis. En otros enfermos con crisis, que no habían presentado ictericia, el suero sanguíneo era claramente icterico, otros padecían cólicos hepáticos, ó tenían hepatomegalia. En resumen, las crisis hemoclásicas del arsenobenzol están seguramente relacionadas con trastornos hepáticos; este hecho, interesante desde el punto de vista de la patogenia de la crisis, lo es igualmente desde el punto de vista de la patogenia de las ictericias post-arsenobenzólicas, de las que tanto se ha hablado desde hace un año. Otro hecho importante, que citan los autores: cuatro de sus enfermos han presentado albuminuria, síntoma raro en los sífilíticos que han observado. La edad y la fase de la sífilis no parecen tener influencia sobre las crisis. En cambio, éstas son fre-

cuentes sobre todo en los individuos que han sufrido tratamientos prolongados. *Profilaxia y tratamiento:* La inyección preventiva de adrenalina se emplea de una manera clásica; se inyecta 1 miligramo ó 1,5 miligramos en la nalga; unos cinco minutos después se inyecta el novarsenobenzol, cuando el enfermo presenta el temblor y la palidez característicos (si no aparecen estos síntomas, la adrenalina es de mala calidad). Desgraciadamente, los éxitos de este medicamento son inconstantes. En los enfermos con trastornos cardíacos, es prudente renunciar al tratamiento por el arsenobenzol. La técnica de los autores, en los casos de crisis hemoclásicas después de las inyecciones de novarsenobenzol, sin trastornos cardíacos, es la siguiente: si la crisis es de intensidad media ó fuerte, reemplazan esta sal por el arsenobenzol en solución alcalina exactamente titulada. Si las crisis se repiten, á pesar de ésto, hay que resignarse á reemplazar las inyecciones intravenosas por las subcutáneas ó intramusculares (novarsenobenzol, sulfarsenol). El inconveniente de éstas, además del dolor, que tiene su importancia, es la dificultad de hacer con ellas un tratamiento prolongado. Queda el tratamiento mercurial, pero para obtener con él la desaparición de la sífilis hay que inyectar diariamente 2,5 á 3 centigramos de mercurio, ó sea 5 á 6 centigramos de benzoato ó de biyoduro; los inconvenientes son, el dolor y la induración de las inyecciones intragláneas (las intravenosas, de estas dosis, producen esclerosis de las paredes), las gingivitis y el estado de depresión, de fatiga que determina casi fatalmente el tratamiento mercurial intensivo.—(*Gazette des Hôpitaux*, núm. 105, 14 y 16 de Diciembre de 1920).—LUENGO.

HIGIENE Y BACTERIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. *Notas sobre la epidemia de peste observada en el Hospital Claudio Bernard, por P. Teissier, L. Tanon y P. Gastinel.*—Gracias á las medidas profilácticas, sobre todo á las vacunaciones preventivas, esta epidemia ha tenido una extensión limitada, aun en la época en que el número de casos ha sido más elevado (Agosto á Noviembre). Ha sido más bien benigna, aunque de Agosto á Septiembre las formas graves ó de intensidad media hayan sido más numerosas que las formas frustradas. El número de casos ingresados en el hospital Claudio Bernard, de Agosto á Noviembre, ha sido 66, de los cuales 23 ni clínica ni bacteriológicamente eran de peste; los otros 43 respondían en cambio clínica y bacteriológicamente á esta enfermedad. Siempre eran casos de peste bubónica, nunca de peste pulmonar primitiva; tres de estos enfermos sucumbieron; dos por septicemia secundaria á la aparición del bubón y uno sólo tuvo una forma septicémica sin bubón aparente. El diagnóstico se hizo siempre con la comprobación del laboratorio; pero como puede suceder que por llegar los enfermos demasiado tarde, ó por la existencia de formas frustradas, el análisis bacteriológico sea en ocasiones negativo, conviene conocer bien los síntomas clínicos que los enfermos pueden ofrecer y que en tales casos adquieren una importancia considerable. La aparición brusca del bubón en un enfermo que presenta picaduras de pulgas, con dolor marcado, que impide la marcha y que son datos que permiten presumir que se trate de peste bubónica, son síntomas que faltan á veces ó están muy poco pronunciados, por lo cual el diagnóstico resulta difícil. Los autores ingleses han insistido sobre la importancia de la periadenitis, y es exacto que en el caso en que el bubón pestoso es voluminoso, la masa ganglionar que le constituye está confundida con una ganga conjuntiva de resistencia y dure-

za especial, cuyo elemento principal es la inflamación periganglionar y que es la que da el carácter de resistencia casi cartilaginosa que precede al período de reblandecimiento; pero, en algunos casos, la periadenitis puede estar tan poco marcada que no sirva para establecer el diagnóstico. Importa en tales casos explorar los paquetes ganglionares vecinos y más profundos, y en ellos se aprecia casi siempre una periadenitis pronunciada, que atestigua una inflamación periganglionar intensa, especie de ganga, acartonada y como lefiosa, realmente característica; esta segunda masa está unida á la primera por troncos linfáticos, voluminosos y duros, que revelan sin duda alguna la perilinfangitis. Estas manifestaciones son evidentes, sobre todo en las masas ganglionares de la fosa ilíaca, si el bubón es inguinal; el mismo hecho puede observarse en la región axilar, en cuyo caso la generalización puede ser aún más lejana, y desbordando la fosa axilar, llegar á los ganglios tráqueobronquiales. Como en todas las epidemias de peste, los bubones inguinales han sido los más frecuentes (67 por 100); 11 bubones fueron axilares y uno cervical. La evolución del bubón es variable, puede terminar por la supuración ó por la reabsorción, por lo cual conviene esperar antes de incindir, aunque aparentemente parezca que va á sobrevenir la supuración, con más razón, cuanto que la incisión precoz no apresura la curación de la adenitis. Los autores han observado solamente un caso de carbunco pestoso, evolucionando la lesión del modo habitual. Las reacciones viscerales han sido siempre moderadas; el corazón ha quedado indemne. El examen de las orinas denota una disminución notable de la eliminación de los cloruros, sobre todo en las formas graves. La urea varía en límites bastante amplios. La urea sanguínea no ha sido nunca influenciada por la gravedad de la infección. La albuminuria es relativamente rara. El bazo está aumentado de volumen. Respecto á la presión arterial, los autores no han podido recoger ningún dato de su medida en el curso de la peste; los resultados que ellos han obtenido con el método de Riva-Rocci, con el de Pachon, ó con el de Potain, concuerdan en demostrar que la peste debe colocarse en la serie de enfermedades con presión arterial muy baja; la hipotensión que se manifiesta desde el comienzo, persiste más allá de la convalecencia; las cifras obtenidas han variado por término medio entre 9 y 11 centímetros; las cifras inferiores á 7 y 6 centímetros correspondían á las formas graves, y tienen en la peste, como en las otras infecciones, una significación alarmante. El tratamiento seroterápico y la aparición de accidentes séricos, no parecen influenciar la presión arterial. Los hematíes y el valor globular están disminuidos, y en cuanto á la fórmula leucocitaria se observa una polinucleosis moderada con una ligera eosinofilia (2 á 8 por 100); es difícil sentar conclusiones sobre este punto, por la frecuencia de infecciones secundarias en la fase de supuración del riñón. Como tratamiento emplearon los autores el suero antipestoso en inyecciones subcutáneas; a principio utilizaron dosis débiles, sin resultado, por lo cual recurrieron á las dosis grandes por vía intravenosa; según el estado del enfermo, las dosis variaban de 60 á 100 c. c. diarios, atendiendo, principalmente, al grado de la enfermedad y á la hipertermia; se continuaba el tratamiento hasta el descenso de la temperatura. El tratamiento seroterápico debe ser precoz, masivo y durable; las curaciones obtenidas por los autores se deben, sin duda alguna, á la seroterapia antipestosa, cuya gran eficacia debe señalarse. Las reacciones séricas son corrientes, pero sin importancia, y hasta parecen ejercer una acción favorable. Ahora bien, á despecho del tratamiento seroterápico, el bubón pestoso, supurado ó no, infectado secundariamente ó no, tarda mucho

en desaparecer, aunque sin motivar dolor. (*Soc. Med. des Hôpitaux*, núm. 5, 17 de Febrero de 1921.)—LUENGO.

2. Valor diagnóstico del hemocultivo en la peste bubónica; frecuencia de la bacilemia pestosa, por P. Teissier, L. Tanon, P. Gastinel y J. Reilly.—Actualmente es clásico todavía admitir que la presencia del bacilo de Yersin en la sangre, en el curso de la peste bubónica, tiene una significación pronóstica grave y que esta bacilemia no aparece más que en el período terminal de la enfermedad, cuarenta y ocho horas y excepcionalmente cinco ó seis días antes de la muerte.

Los autores han practicado sistemáticamente el hemocultivo en la reciente epidemia de peste bubónica, sembrando 10 c. c. de sangre en 150 c. c. de medio nutritivo, colocando el matraz en estufa de 25° durante seis días, pues la experiencia les ha demostrado que el crecimiento del bacilo pestoso está á veces retardado. Han cultivado así la sangre de 20 enfermos con bubones de presunta naturaleza pestosa. Sus resultados han sido: hemocultivo negativo en 8 enfermos, en los cuales las demás pruebas de laboratorio fueron también negativas. En los otros 12 el diagnóstico de peste bubónica se estableció bacteriológicamente (presencia del bacilo de Yersin en el pus ó serosidad ganglionar, inoculación al ratón, cultivo de ganglio y reacción de fijación). En tres de ellos el hemocultivo fué estéril; en uno de ellos el matraz sembrado estuvo sólo dos días en estufa, por tanto un tiempo insuficiente; en los otros dos existía una supuración muy abundante que contenía bacilos de Yersin, descubiertos por la inoculación, pero al mismo tiempo estreptococos y estafilococos puestos de relieve en los cultivos. En los 9 enfermos restantes, el hemocultivo, practicado generalmente entre el segundo y cuarto día de la enfermedad, fué positivo. Clínicamente, las observaciones de estos enfermos son muy diferentes; dos de ellos sucumbieron al poco tiempo á consecuencia de complicaciones viscerales, principalmente pulmonares y hepáticas; otros dos presentaban una forma grave de peste bubónica y en los cinco restantes la afección fué benigna, á veces de tipo ambulatorio. Conviene advertir que los 20 enfermos fueron tratados desde su ingreso en el hospital por una seroterapia antipestosa intensiva. Concluyen los autores, que la presencia en la sangre del bacilo de Yersin es habitual desde los primeros días de la afección y que no se trata solamente de una invasión sanguínea del período agónico; que las formas más benignas pueden ir acompañadas de bacilemia precoz; que esta bacilemia de las formas benignas de peste bubónica indicando la simple presencia del bacilo en la sangre, debe ser diferenciada de la septicemia pestosa, primitiva ó secundaria, que es común á las formas graves con determinaciones viscerales múltiples; y que, por tanto, el hemocultivo aporta al diagnóstico bacteriológico de la peste bubónica un nuevo elemento de comprobación, que no conviene despreciar. (*Soc. Médicale des Hôpitaux*, núm. 5, 17 de Febrero de 1921.)—LUENGO.

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Imperdibles en el estómago; extracción gastroscópica peribucal sin anestesia.—El Dr. Chevalier Jackson auxiliado por el Dr. William H. Spencer, dicen que los cuerpos extraños que llegan al estómago espontáneamente, sin intervención instrumental, por lo general atravesarán el píloro también espontáneamente. Cuando hay excepciones, se deben á un píloro extraordinariamente pequeño ó á que los cuerpos extraños tienen tamaño y forma algo extraordinaria. La mayoría de estos casos se presentan en los lactantes y niños muy pequeños en los cuales no se tiene siempre

la seguridad de que el píloro sea de tamaño normal. Sin embargo, nosotros en la clínica broncoscópica tenemos la costumbre de no intervenir cuando hay cuerpos extraños en el estómago sino después de vigilarlos fluoroscópicamente durante un mes ó dos, habiéndose justificado invariablemente esta práctica por la expulsión natural de los cuerpos extraños (hasta imperdibles abiertos) por vía rectal, por lo general dentro de tres días. Los dos casos que comunicamos aquí son excepciones importantes. No fué posible determinar si el píloro en estos casos era del tamaño normal ni tampoco si había señales clínicas de estenosis.

Obs. 1.—*Dos imperdibles extraídos del estómago de un lactante de seis meses por la gastroscopia, después de permanecer allí veintisiete días.*—Un niño de seis meses, mientras se hallaba acostado en cama, se colocó en la boca dos imperdibles de dos pulgadas (5 centímetros) de largo, que se habían entrelazado y cerrado juntos. La madre luego encontró al niño en asfixia y tratando de vomitar, cuyos síntomas sin embargo desaparecieron pronto, siguiendo el niño al parecer tan bien como antes. Se consultó al médico de la familia, el Dr. G. F. Enoch, el cual aconsejó que se hiciera una radiografía. Esta la hizo el Dr. William H. Morrison, revelando que los imperdibles se hallaban en el extremo cardíaco del estómago. No se manifestó síntoma de ninguna clase en ningún momento, y por medio de frecuentes estudios roentgenográficos se observó que los imperdibles continuaban en la misma posición. El Dr. Willis F. Manges decidió por fin que los imperdibles eran demasiado grandes para atravesar el píloro y que aunque pasasen este orificio, á causa de su largo, no podrían atravesar las vueltas del intestino sin alojarse y crear obstrucción intestinal.

Después de corroborarse por una vigilancia cuidadosa, durante casi cuatro meses, la opinión del Dr. Manges, de que los imperdibles no pasarían, se verificó la gastroscopia sin anestesia ni sedantes en el Jefferson Hospital. Se encontraron los imperdibles envueltos en los repliegues de la pared estomacal, y hallándose tanto las paredes como los imperdibles en movimiento constante. Tuvimos muchas ocasiones de coger los imperdibles durante la gastroscopia, pero cada vez se nos presentaba alguna parte poco apropiada. Yo había decidido que uno de los extremos protectores era el sitio más favorable del doble cuerpo extraño, y tuvimos necesidad de un tiempo suficiente (veintiséis minutos) para poder volver los imperdibles á modo que uno de ellos presentase el extremo de modo que permitiese la tracción. Tirando lentamente, el segundo imperdible formó el segundo eslabón de la cadena, mientras se extraían. Tuvimos que desplegar gran cuidado para poder hacer pasar el extremo protector del segundo alfiler a través del hiato y luego á través del cricoides. Los imperdibles no causaron ningún traumatismo al ser extraídos.

El lactante no pareció sentirse peor por este procedimiento algo molesto y se quedó dormido inmediatamente. No se presentó ninguna reacción consecutiva á la gastroscopia, y el intestino continuó siendo normal. Después de un buen sueño, el niño se puso á reír y jugar, como si nada hubiera acontecido, y el día después de la gastroscopia se lo llevaron á su casa. Las últimas comunicaciones nos indican que el niño continúa perfectamente normal.

Es casi seguro que un imperdible cerrado saldrá por el recto. En la clínica broncoscópica hemos tenido docenas de estos casos, los observamos diariamente con el fluoroscopio y anotamos el tiempo que se necesita para pasarlos en las deposiciones. Muy rara vez se requieren más de tres días. Lo peculiar de nuestro caso era que el enorme tamaño de los dos imperdibles, enlazados como estaban (mientras

se hallaban en el estómago, lo cual demostraron los repetidos estudios fluoroscópicos del Dr. Manges), hacía imposible que atravesaran el píloro. Es interesante la cuestión de si el píloro era más pequeño de lo normal ó si los imperdibles penetraron en el estómago en forma de cadena. El doctor Manges tenía la seguridad desde el principio de que los imperdibles no podían pasar y de que si pasaban, su largo les impediría dar las vueltas necesarias para llegar hasta el recto. Debe aceptarse que se tragaron los imperdibles como los eslabones sucesivos de una cadena, porque cuando los cogimos en su posición enlazada en el estómago eran tan grandes que no podían atravesar el orificio esofágico (no sintiéndose ninguna resistencia en el cardias), á menos que se ejerciera más tracción de la que se juzgó prudente. Sólo después que se desenrollaron los imperdibles y pudimos coger el extremo, fué cuando pudimos hacer pasar el cuerpo extraño al esófago á través del orificio.

Obs. 2.—*Imperdible abierto en el estómago durante siete semanas; regurgitado al esófago y extraído por la esofagoscopia.*—Se nos envió una niña de doce meses, hija de un oficial que se hallaba en Ultramar, con la historia de que ocho meses antes de ingresar se había tragado un imperdible abierto de una pulgada (2,5 centímetros) de largo, que se había colocado en la boca sin que nadie se diese cuenta mientras se la vestía. Una roentgenografía hecha en aquella fecha por el Dr. J. F. Armentrout, reveló que el imperdible se hallaba en el extremo cardíaco del estómago. No provocó ningún síntoma y los exámenes fluoroscópicos frecuentes revelaron que el imperdible se hallaba todavía en el estómago, en el que permaneció siete semanas. Al cabo de este período, un vómito hizo que el imperdible regurgitase á la parte inferior del esófago con la punta hacia abajo, en donde lo localizó, por medio de la roentgenografía, el Dr. Armentrout. Otro vómito llevó el imperdible á un sitio más arriba, en el que permaneció. Se presentaron fiebre, inquietud y vómitos, y una semana después se consultó al doctor Stuart Mac Guire, quien aconsejó en seguida que me trajeran á la niña. La admitieron en el Jefferson Hospital muy enferma, con una fiebre de 105°,8 F. (41° C.). No había ni disfagia ni odinofagia aparente. Aparte de la bronquitis ligera, la exploración física del tórax no reveló nada anormal.

El Dr. Willis F. Manges, que hizo el examen con los rayos X, nos comunicó que había un imperdible abierto con el extremo abierto hacia abajo, en el esófago, más abajo del nivel de la bifurcación de la tráquea. La punta se hallaba hacia adelante y ligeramente á la izquierda. El imperdible medía como una pulgada (2,5 centímetros) de largo. El extremo circular se hallaba al nivel de la sexta costilla posteriormente.

Extrajimos por la esofagoscopia el imperdible, sin anestesia general ó local, requiriéndose para ello cincuenta y nueve segundos. Observamos que la parte torácica del esófago se hallaba cerrada y que no se dilataba durante la inspiración. La parte puntiaguda del imperdible se hallaba enterrada hasta el muelle, en la pared anterior del esófago, dejándose ver el resorte encorvado y la cabeza del muelle. La punta se hallaba dirigida al pericardio, de modo que el más ligero empuje al imperdible hubiera podido resultar grave. Tomamos el muelle con las pinzas, tirando el imperdible hacia el esofagoscopio, sacándolo así.

A las pocas horas de expulsar el cuerpo extraño, la temperatura que al operar era de 105°,8 F. (41° C.), bajó á 99° F. (37°,2 C.), elevándose á 102° F. (39° C.) al día siguiente y bajando luego á lo normal. El estado general mejoró en seguida, los vómitos cesaron. La niña abandonó el hospital, sintiéndose bien tres días después de extraerse esofagoscópicamente el imperdible y se nos dice que ha continuado en buena salud.

Este caso es poco común en muchos sentidos. Los cuerpos extraños, hasta los mismos imperdibles, atraviesan el píloro y se expulsan por el recto en la mayoría de los casos en que han penetrado espontáneamente en el estómago, es decir, que no se empujaron á través del orificio esofágico. Aun cuando permanecen mucho tiempo en el estómago, muy rara vez nos encontramos casos de regurgitación de cuerpos extraños hacia el esófago. No es rara la retención estomacal de ciertos objetos durante varias semanas, y por lo general pueden dejarse allí mucho tiempo antes de que se presenten síntomas de perforación; aunque parece innecesario advertir que deben vigilarse con intervalos frecuentes por medio del fluoroscopio, como se hizo en este caso, y examinarse las deposiciones entretanto. En todos estos casos, el procedimiento de rigor debe ser la inmediata localización roentgenográfica del cuerpo extraño, y debemos felicitar á los médicos á cargo de este caso, por el estudio cuidadoso de la niña y su vigilancia. La tardanza de siete semanas estaba bien justificada. En casos tales, hemos recomendado que se esperase hasta dos meses, si no existían síntomas. La falta de síntomas, mientras el cuerpo extraño permaneció en el estómago, es bastante común; fué sólo después de la regurgitación del imperdible al esófago, que se presentaron los trastornos. El movimiento hacia arriba del imperdible, después de penetrar en el esófago, demuestra la acción de escape de áncora de los objetos puntiagudos, en particular los imperdibles, debido al muelle. Tienen la libertad de moverse en dirección contraria á la punta, pero se impide el progreso en dirección opuesta cuando la punta penetra en la mucosa. Los síntomas graves se debieron indudablemente á la perforación de la pared esofágica, por el imperdible, demostrándose endoscópicamente el enfisema é inflamación mediastínica, por la fijación de la parte torácica del esófago y el no dilatarse durante la aspiración. La hiperpirexia (105°,8 F.) indica un proceso infeccioso, pero el rápido descenso de la temperatura después de extraerse el imperdible, parece indicar que no se había formado pus. La reposición de este estado es extraordinariamente rara. Hasta cierto punto, la irritación producida por el mismo imperdible puede haber sido un factor en la producción del síndrome tan grave. La posición del imperdible hacía que la manipulación fuese extremadamente peligrosa y pone de relieve la importancia en la intervención de la esofagoscopia, bajo la dirección directa del ojo; porque, insertando el esofagoscopio con la ayuda de un mandril con otro instrumento ciego, es probable que se hubiese forzado la punta del imperdible en algunos de los órganos mediastínicos vitales. La pared esofágica es excesivamente fina y delicada, lo cual hace que la extracción de un imperdible aun con el esofagoscopio, sea un procedimiento que requiere destreza y experiencia.

No había datos clínicos que indicasen que el píloro fuese de un tamaño menor de lo normal.

En las conclusiones siguientes hemos incluido algunas deducciones de nuestras observaciones, en otros casos de la clínica broncoscópica.

1.^a En la mayoría de los casos, los cuerpos extraños que han llegado al estómago espontáneamente (es decir, sin empujarlos hacia abajo) pasarán sin daño á través del tubo intestinal.

2.^a Las excepciones de esta regla son suficientemente numerosas para hacer imperativo que un fluoroscopista de experiencia haga la observación del cuerpo extraño con intervalos frecuentes, hasta que se encuentre al intruso en las deposiciones.

3.^a Durante el período de vigilancia cuidadosa, no debe

cambiarse el régimen ordinario ni administrarse laxantes.

4.^a Existen varios casos en los que un imperdible abierto ha sido expulsado, pero en vista de los casos que comunicamos aquí, en dos clases de casos conviene hacer la extracción del cuerpo extraño del estómago: a) cuando el imperdible es de tamaño tan grande, comparado con el paciente, que se halle justificada la opinión de que no pasará, y b) en aquellos casos en que un período de vigilancia cuidadosa de varias semanas, digamos de tres á ocho, ha demostrado que es improbable que el cuerpo extraño pase.

5.^a La regurgitación del cuerpo extraño del estómago es tan rara, que no debe esperarse.

6.^a El método más seguro y mejor para extraer los cuerpos extraños del estómago es por medio de la gastroscopia por vía bucal, con tal que se puedan obtener los servicios de un endoscopista de experiencia. De otro modo, la operación externa por un cirujano diestro, es más segura y tiene más éxito. No se necesita ningún anestésico, ni general ni local, para la gastroscopia. Tratándose de un gran número de cuerpos extraños en el estómago de los dementes, probablemente la operación externa será el método mejor para la extracción.

7.^a Es imperativo en el estudio de estos casos obtener la ayuda del roentgenólogo mejor y de mayor destreza.

8.^a Según las observaciones de la clínica broncoscópica, los principios anteriores se aplican también á otros cuerpos extraños, aparte de los imperdibles. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Marzo de 1921.)

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Noiones actuales sobre la patogenia de las ictericias, por J. Oddo.**—El autor resume en su trabajo todos los datos y conocimientos sobre cuestión tan importante, citando numerosa bibliografía.

La destrucción exagerada del glóbulo rojo producirá la ictericia hematógena hemolítica, que se caracteriza por signos de fragilidad de los hematíes, por una retención puramente pigmentaria de la bilis y por la ausencia de todo síntoma de insuficiencia hepática.

El trastorno de la función biligénica hepática producirá la ictericia hepatógena, que podrá ser completa, disociada, ó á veces latente, acompañándose de trastornos de todas las funciones hepáticas y, en particular, de trastornos del metabolismo nitrogenado, con aumento del nitrógeno residual, ya sea déficit uréico sanguíneo (ictericia hepática pura), ya sea aumento (ictericia con hepatonefritis). Las apreciaciones anatómicas en el curso de las ictericias graves servirán para establecer la insuficiencia hepática (atrofia amarilla aguda), ó la hiperhepatía (espiroquetosis icerohe-morrágica).

Por último, el obstáculo en las vías biliares, impidiendo la circulación de la bilis, producirá la ictericia biligénica, que será siempre una ictericia completa con retención simultánea de sales y de pigmentos, y que no presentará síntomas de insuficiencia hepática hasta tanto que el hígado esté secundariamente afectado.

De todo esto resulta, que en el estado actual de la ciencia, el estudio en los ictericos del tinte tegumentario, la investigación de los pigmentos en las orinas, la decoloración de las heces, no bastan para establecer un diagnóstico patológico, como para precisar el pronóstico, siendo la ictericia por sí sola muy á menudo engañosa, pudiendo ser muy intensa con una lesión ligera, ó por el contrario, muy poco

acentuada y hasta ausente á pesar de un estado funcional hepático profunda y gravemente alterado.

Prácticamente, en presencia de un enfermo de ictericia, será necesario hacer las investigaciones siguientes, antes de poder establecer un diagnóstico completo, de conocer el grado y el mecanismo de la lesión, y por ello, de instituir un tratamiento racional en cada caso. En la ictericia hematógena, se tendrá siempre: presencia de pigmentos biliares (reacciones de Gmelin y de Grimbert positivas), ó en su defecto de urobilina (fluorescencia en presencia del cloruro de cinc amoniacal), ausencia de las sales biliares (reacciones de Hay y de Pettenkoffer negativas, presencia de hemoconios en la sangre), nada de signos de insuficiencia proteolítica hepática (nitrógeno residual igual ó inferior á 0,10 por litro de suero). Por el contrario, los signos hemáticos serán los más pronunciados: el recuento globular mostrará anemia, la fragilidad globular estará aumentada (investigándola sobre todo por el procedimiento de los hematíes desplasmatizados), existirá un gran número de hematíes granulados y, finalmente, el fenómeno de la autoaglutinación de los hematíes.

En la ictericia hepatógena (por lesión de la célula hepática) es necesario investigar siempre los pigmentos y las sales, que podrán encontrarse simultáneamente ó aislados. Los síntomas de insuficiencia hepática serán siempre claros y particularmente el nitrógeno residual estará siempre aumentado. La urea sanguínea y urinaria estará, ó bien disminuida, si se trata de una ictericia hepática pura, ó bien aumentada, si se trata de una ictericia hepática con hepatonefritis y, en este último caso, sobre todo si se tiene una azotemia muy fuerte, será conveniente practicar la investigación directa de la espiroqueturia, ó mejor un serodiagnóstico de espiroquetosis y, finalmente, una inoculación al cobaya para ver si no se trata de un caso de espiroquetosis.

Por último, en la ictericia biligénica, se encontrará siempre la presencia simultánea de sales y de pigmentos en las orinas. La investigación de los signos de insuficiencia hepática podrá ser al principio negativa, pero si el proceso es un poco antiguo, es probable que resulte positiva, porque la estasis provocada por la bilis ocasiona un trastorno de insuficiencia hepática. En fin, en este último caso, un examen radiológico permitirá descubrir á veces un tumor que comprime las vías biliares, otras veces la presencia de cálculos. Por tanto, hay que ver actualmente en la ictericia un trastorno de la función biliar, función compleja y extensa, que puede perturbarse en una cualquiera de sus fases: formación de pigmentos biliares á expensas de los pigmentos sanguíneos; excreción de estos pigmentos al nivel de la célula hepática; evacuación de la bilis en sus canales. La ictericia, por tanto, no es más que un síntoma, que puede corresponder á lesiones extremadamente variadas. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 96, 13 de Noviembre de 1920).—LUENGO.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Actinomicosis primitiva de la conjuntiva de forma pseudomembranosa, por el Dr. Brunetiére.**—Este autor relata el caso interesante de un soldado que presentaba una conjuntivitis del tipo pseudomembranoso; esta afección trajo como consecuencia la pérdida del ojo y resistió durante dos años á todos los tratamientos efectuados. Se trataba de una localización primitiva de actinomicosis de la conjuntiva tarsiana, como demostraron más tarde las preparaciones microscópicas. (*Journal de Med. de Bordeaux*, núm. 17, Septiembre de 1920).—LUENGO.

EL SIGLO MEDICO

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.

Como siempre... Proyectos... Proyectos y proyectos.

Podrán variar las estaciones, los tiempos, las circunstancias y los hechos; pero hay algo en el mundo ético y en la historia humana que no varía, y es esto la naturaleza de los políticos españoles. Grandes vociferadores en la oposición para señalar deficiencias, corruptelas, abusos y necesidades que prontamente deben atenderse, apenas entran en el poder todo se les vuelve miramientos, repulgos, necesidades de estudio, imposiciones de la realidad meticulosa, en una palabra, pretextos para nada hacer ó porque no quieren molestarse ó porque nada se les ocurre.

Tres meses han transcurrido desde que las Cortes se abrieron; no hay para qué recordar á nuestros lectores el largo período de tiempo que precedió á su constitución y durante el cuál liberales y conservadores, sindicalistas y reaccionarios, todos se encontraban de acuerdo en que se imponía con urgencia una labor legislativa, porque de esencia fundamental eran los problemas apremiantes que imposibilitaban el desarrollo y la marcha de la vida nacional. Todos pedían reformas, revisión de valores, modificación de procedimientos, y para esto, todos reconocían la urgencia de un instrumento parlamentario que inmediatamente acudiese á las atenciones expresadas en el clamoreo nacional.

Tres meses van transcurridos, que con siete de período preparatorio, suman por lo menos diez de tiempo perdido, y ¿cuál es labor que se ha presentado al Parlamento? El Senado dormita entre bostezos y fórmulas rutinarias; sus Secciones no tienen ningún proyecto de ley sobre el cual emitir dictamen; sus Comisiones permanentes, apenas están constituidas y confiesan que nada tienen en qué ocuparse. En cuanto al Congreso... declaraciones por aquí... declaraciones por allá... que los unos se unen, que los otros se separan... que todos pierden el tiempo.

¿Era esto lo que podía esperarse de las nuevas Cortes, del Gobierno constituido y del partido que se dice capaz de responder á las exigencias de la vida nacional? ¿Es que nada hay que hacer? Entonces, ¿para qué ensordecen á las gentes, pidiendo Cortes nuevas, si ellas han de hacer tan poco ó

menos que las anteriores? ¿Es que los hombres del Gobierno necesitan estudiar los problemas que se les ofrecen, por no tener de ellos conocimiento ó por carecer de la preparación necesaria para resolverlos? Esto, que es éticamente inadmisibile, sería prácticamente repugnante. Todo el que acepta un cargo público debe estar ó por lo menos creerse capacitado para acudir, desde luego, al desempeño de lo que el cargo significa. Creerse capacitado y no estarlo, es al fin y al cabo perdonable; pero ni estarlo ni creerlo y todavía confesarlo..., eso no tiene perdón de Dios, aunque lo tenga entre los políticos al uso.

Corre ahora como autorizada la noticia de que se preparan proyectos relativos á la Sanidad pública. ¡Tiempo ha que debieron estar preparados!, y si lo están, no nos explicamos á qué esperan para realizarse. Entre ellos parece que toma cuerpo la idea de sacar del Ministerio de la Gobernación el importante ramo administrativo á que nos referimos, y si tal se hace no hemos de escasear al hecho nuestros aplausos, dado que desde muchos años ha venimos predicando en este sentido. Las imposiciones de la realidad política hacen materialmente imposible que un ministro de la Gobernación se ocupe de otra cosa que del orden público, las elecciones, la vida política diaria, los debates parlamentarios, y á lo sumo, á lo sumo la administración local. El empeño de retener en el Departamento del Interior la Sanidad, la asistencia pública y las comunicaciones, es la causa principal de que, cualquiera que sea la buena voluntad de los ministros que en la tal cartera se suceden, puedan ellos hacer nada útil en tan importante servicio.

Pero, no nos engañemos; el hecho solo de cambiar de departamento la Sanidad pública, tal y como hoy está organizada, con la incomprensible independencia de los servicios benéficos de asistencia pública, á nada práctico conducirá; aun más, será motivo de mayores dificultades para su ejercicio si no se apoya en una reforma que tenga por esencia estas dos condiciones: la independencia y la asociación á los servicios benéficos y á la previsión social. Si á esto se va, nadie habrá que no aplauda; si la reforma se limita á un cambio de localización de los despachos de los funcionarios, aplaudirán las empresas de carros de mudanza; pero censurarán ó

se callarán resignados los verdaderos amantes de la prosperidad pública y de la higiene nacional.

DECIO CARLAN.

MONUMENTO AL DR. CORTEZO

El día 1.º del corriente mes se inauguró en el Parque de Madrid, emplazado frente al Jardín Zoológico—Paseo de coches—el monumento que por suscripción general dedican sus amigos al Dr. Cortezo.

La Comisión ejecutiva experimenta en la actualidad una viva satisfacción al ver realizado su pensamiento, condensado en esta obra ejecutada por el ilustre escultor D. Miguel Blay, en la cual acredita éste una vez

legio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos, presenciaban el homenaje, que por este solo hecho resultaba conmovedor, y era el lógico testimonio de gratitud que con su presencia tributaban á su bienhechor, pues como dijo el Dr. Recasens en su discurso, á ellos consagraba en la vejez su romanticismo, porque romántico es todo hombre que reúne gran bondad y desinterés en los afectos de su vida.

Asistieron al acto muchos señores representando á todas las clases sociales. Los estudiantes de la Facultad de Medicina con sus estandartes, fueron á rendir su respeto á este ofrecimiento del premio á la ejemplaridad que por el monumento se otorga al trabajo, á la ciencia y á la virtud, en cuyas prendas personales deben inspirarse en el ejercicio de su vida profesional y en su actuación social.



más el legítimo prestigio alcanzado en el Arte. Ha interpretado exactamente el motivo, y con sencillez y sublime inspiración, justeza y delicadeza en la ejecución, ha sabido satisfacer los deseos de cuantos hemos querido premiar de algún modo la vida de ciencia, virtud y altruismo del ilustre maestro de la Medicina, hoy *padre adoptivo* de los huérfanos de nuestros compañeros.

Como nota saliente en el acto, consignaremos que 50 niñas y 50 niños que se educan y cuidan en el Co-

Asistieron también los Exemos. Sres. Conde de Romanones, presidente del Ateneo de Madrid; D. Rafael Andrade, presidente del Consejo de Estado; Marqués de Villamejor, Sáinz de Baranda, presidente del Centro de Hijos de Madrid; Dres. Huertas, Grinda, Fresneda, Caro, Martín Salazar, Cospedal, Florestán Aguilar, Isla, Mariscal, Decref, Jiménez, Pittaluga, Goyanes, Elizagarray, Pérez Valdés, Soler, director del Instituto Rubio; Hernando, Tapia, Cortés, por el Ayuntamiento; Sarrabia de Hazas, por la Diputación Provincial; Isasa, Pe-

nalva, Marqués de Hazas, Marqués de Valdavia, Marqués de Gorbea, la familia toda del Dr. Cortezo, y numerosos amigos particulares, todos se sirvieron honrar el acto con su asistencia. Algunos médicos de provincias y de distritos rurales acudieron al acto, á pesar de no haberse hecho invitaciones personales.

Dió comienzo éste rindiendo el Dr. Sarabia cuenta del espíritu social que palpita en la suscripción anotada por él como tesorero, pues á ella han acudido apenas iniciada, de modo espontáneo, además de la clase médica de Madrid y provincias, personas de todas las clases sociales y entidades literarias, políticas y bancarias, expresión del acatamiento general al merecimiento de este homenaje por parte de la personalidad á quien se dedica,

El Dr. Recasens ofreció el homenaje al Dr. Cortezo, ensalzando la labor filantrópica por éste realizada.

El Sr. Francos Rodríguez, en nombre de la Asociación de la Prensa, pronunció breves y elocuentes palabras, poniendo de relieve la gestión del Dr. Cortezo, que pudo ser rico, poderoso, y todo lo sacrificó por hacer bien á la humanidad.

El Dr. Cortezo, muy emocionado, agradeció el homenaje, que aceptaba porque se perpetuará con él la labor realizada por la clase médica en pro de los desvalidos y servirá de ejemplo á la juventud, porque de otra manera—dijo—aquí donde Cajal y Méndez Alvaro no tienen aún monumento, no lo habría aceptado él.

Los niños del Colegio de Huérfanos cantaron varios himnos, entre ellos «Omnipotencia», de Beethoven.

Es de aplaudir la rapidez con que la Comisión ha sabido realizar este pensamiento, pues debe tenerse en cuenta que, á consecuencia de las dificultades de transporte que impuso la guerra, los materiales han estado en la imposibilidad de llegar á Madrid durante un año.

El Sr. Blay, autor de la obra, fué objeto de aplausos y felicitaciones sin número, pudiendo envanecerse de que resulta ser el escultor predilecto de los médicos contemporáneos, pues solamente en Madrid ha ejecutado ya cuatro monumentos dedicados á otros tantos insignes doctores.

La redacción de EL SIGLO MÉDICO se honra con la manifestación de reconocimiento y de aprecio recibida por nuestro director y desea á éste toda la salud y vida que le permita disfrutar de tan agradable homenaje.

El Dr. D. Ricardo Becerro de Bengoa.

Siempre ante el triunfo horrible de la muerte, que nos arrebatara una vida querida y venerada, tenemos un gesto de inmenso dolor, y unas frases de infinita angustia, pero muchas veces, reconocemos, aun doliéndonos esta sinceridad cordial, y no disminuyendo por ello nuestra pena, que la muerte, en su terrible sentencia, supo dictarla sin una gran injusticia.

Pero á veces sucede, que el gesto del dolor se transforma en un ademán de rebeldía, y las frases de angus-

tia, en palabras de protesta: la muerte, además de cruel, fué injusta, y se llevó una vida, en pleno triunfo, en plena juventud, cuando más necesaria era á los suyos, y cuando más podíamos todos esperar, de quien por su mérito excepcional deja al morir, no sólo un vacío familiar y afectivo, sino un hueco social, científico ó artístico, que acaso nadie ocupe dándole el calor, el prestigio, el supremo realce que supo imprimirle el que acaba de morir.

Este es el doloroso caso del Dr. D. Ricardo Becerro de Bengoa, que muere á los treinta y siete años, en pleno éxito profesional, en la cumbre gloriosa de la ciencia médica, á la que llegó por su esfuerzo único, por sus dotes excepcionales, y cuando empezaba á recoger, al culminar su consagración social, el fruto merecido de su labor, que había de ser alegría actual de su vida, y fundamento firme de un hogar, en el que cinco hijos quedan hoy abandonados é indefensos, pues falta ya para siempre, el que fué escudo que amparara su infancia, y base sólida de su vida futura.

La personalidad médica del Dr. Becerro de Bengoa era sobradamente conocida de todos, y todos también al valorar los méritos enormes, de quien por tenerlos alcanzó tan joven el lugar, que otros sólo logran en plena madurez, llorarán hoy la pérdida de esta ilustre personalidad de la Ginecología española; júzguese cuál será el dolor, de los que conociendo personalmente al doctor Becerro de Bengoa, tratándole con intimidad, pulsando su mérito científico, podían además valorar la bondad de su carácter, la ingenuidad de su alma infantil, la donosura de su ingenio, la leal sinceridad de su afecto amistoso.

En el caminar triunfador del Dr. Becerro de Bengoa, no pudieron ver nunca sus compañeros, más que la expresión firme de lo que logran, unidos, un talento claro, una voluntad poderosa, una sana bondad.

Supo llegar al éxito, sin despertar celos, sin avivar enconos; teniendo para los que seguían su misma ruta, un gesto de aliento, un ademán de ayuda, unas palabras de sincero aplauso.

La labor científica del Dr. Becerro de Bengoa queda para enseñanza de todos, y ejemplo de muchos, diseminada en centenares de artículos y publicaciones, aparecidos en todos los periódicos médicos de España y Sudamérica, y en los debates académicos de la Sociedad Ginecológica Española, que ahora presidía, y que tanto se ha beneficiado en su marcha, de las orientaciones é iniciativas, que en forma de Conferencias de vulgarización, fundación de premios, reforma de estatutos, etc., marcan el paso del Dr. Becerro de Bengoa por el sillón presidencial de dicha Sociedad.

La labor práctica, clínica, del Dr. Becerro de Bengoa, bien patentizada queda en la numerosísima serie de intervenciones operatorias que con éxito brillante realizaba en su clínica privada, y en el Instituto de la Encarnación al frente de la sección de Ginecología. ¡Cuántas mujeres salvadas por su habilidad de cirujano, cuántas madres que lo fueron felizmente, gracias á sus auxilios tocológicos, llorarán hoy la muerte del Dr. Becerro de Bengoa!

En la enseñanza oficial, colaboró el ilustre muerto con su maestro queridísimo el Dr. Recasens, á cuyo lado estuvo siempre, desde que como interno, inicióse en la Ginecología, hasta que como catedrático auxiliar, secundaba acertadísimamente la labor docente del doctor Recasens.

Era el Dr. Becerro de Bengoa, el discípulo predilecto, el más querido, el «primero de los primeros» que el Dr. Recasens tenía. Tuvo éste la alegría inmensa de ver consagrado como eminente maestro al que él había conocido como alumno interno primero, como ayudante clínico más tarde: siempre, como incondicional discípulo y como hijo espiritual suyo. Por eso el dolor del Dr. Recasens es hoy tan vivo y llora en la persona del discípulo predilecto tantas modalidades de cariño y tantos aspectos de emotividad.

El Dr. Becerro de Bengoa lega á la Ciencia Médica un nombre ilustre: á sus amigos y compañeros, la ejemplaridad de una vida de trabajo y honorabilidad: á sus hijos, y á la que supo ser su compañera admirable, el recuerdo santo de una vida inmaculada. Que todos recojamos su legado, y hagamos de él culto y reliquia de quien nos abandonó tan pronto, sabiendo que si él moría, su recuerdo sería siempre vivo entre nosotros.

DR. VITAL AZA.

PARA ALUSIONES PERSONALES

En un periódico diario ha aparecido una queja, justa desde el punto de vista de quien la emite, pero injusta á todas luces respecto á una persona á quien se quiere hacer responsable de retrasos en la actuación de las oposiciones de cátedras y en los cuales, no solamente nada ha tenido que ver, sino que ha procurado por todos los medios posibles evitarlos.

Los Tribunales que no se reúnen y á que se hace alusión (principalmente de Patología médica de Madrid) se ha intentado multitud de veces reunirlos, habiéndose dado el caso de autorizar á los opositores mismos á que lo hicieran y no habiéndose conseguido ni aun por este procedimiento.

La persona á quien se alude ha llegado á más: ha llegado á presentar la dimisión de la presidencia de todos los Tribunales de que formaba parte á todos los señores ministros de Instrucción Pública que se han sucedido desde el señor Burell hasta hoy, y vivos están los Sres. Francos Rodríguez, Salvatella, Rivas (D. Natalio), Portago y Montejo, que no le dejarían mentir. Esta dimisión tenía por causa, la imposibilidad absoluta de constituir normal y legalmente los Tribunales por el procedimiento actual, aparte de los defectos que tan extravagante procedimiento tiene.

El Sr. Marqués de Portago, persuadido por la alu-

dida persona y por otra, de lo defectuoso del procedimiento, nombró una Comisión para que propusiera su reforma, y esta Comisión *fué tan perezosa, que en cinco sesiones consecutivas redactó el proyecto que á continuación publicamos y que en vez de ser aprobado, está todavía pendiente por haber surgido en su tramitación un sinnúmero de obstáculos (claro está que desinteresados) y que es de esperar que el Sr. Aparicio sepa vencer.*

Veán, pues, los que acusan, cómo es conveniente enterarse de las cosas antes de lanzarse á señalar responsabilidades de un modo gratuito é injustificado. Y para que vean nuestros lectores lo que en el asunto se hizo y con premura se ahogó por los señores del *espíritu universitario*, ahí va el proyecto en el que muchos de ellos tomaron parte, pero que por lo visto no es del agrado de todos.

PROYECTO de reforma del Reglamento de oposiciones á cátedras elevado al excelentísimo señor ministro de Instrucción Pública por la Comisión compuesta del Rector de la Universidad Central, los cinco Decanos de las respectivas Facultades y varios elementos docentes y libres, bajo la presidencia del Excmo. señor D. Carlos Maria Cortezo, ex-ministro de Instrucción Pública, ex-catedrático de número por oposición y ex-profesor libre.

CAPÍTULO I

CONVOCATORIA

Artículo 1.º Una vez designado, con arreglo á la legislación vigente, el turno de oposición para la provisión de una Cátedra vacante, será éste anunciado en la *Gaceta* y con igual fecha se comunicará á las diferentes entidades que han de designar los jueces que compongan el Tribunal, las condiciones en que han de hacerlo dentro del plazo de un mes á contar de la fecha del anuncio.

Art. 2.º El turno de oposición será único y tendrán derecho á tomar parte en ella todos los aspirantes que reúnan las condiciones que más adelante se indican.

Art. 3.º El plazo para presentación de solicitudes, trabajos y documentos será el de dos meses á contar desde la publicación del anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Art. 4.º Las convocatorias se harán siempre en fecha que haga posible que los ejercicios se efectúen desde 1.º de Octubre al 15 de Mayo.

En el mes de Octubre de cada año se renovarán todos los Tribunales que no hayan actuado durante el curso académico anterior.

CAPÍTULO II

CONDICIONES DEL OPOSITOR

Art. 5.º Las condiciones que habrán de reunir los opositores serán: primera, ser español; segunda, ser doctor graduado de la Facultad respectiva con cinco años de antigüedad desde la obtención del título de Licenciado, para las cátedras correspondientes á la Fa-

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia,

cultad de Medicina, y tres años para las cátedras de las demás Facultades; tercera, no hallarse incapacitado para el ejercicio de cargos públicos.

CAPÍTULO III DOCUMENTACIÓN

Art. 6.º El opositor remitirá al juez del Tribunal que luego se determina, antes de comenzar los ejercicios, los documentos siguientes: primero, justificación de las condiciones exigidas en este Reglamento y de las alegadas por él al hacer la solicitud; segundo, conjunto de trabajos de investigación, impresos ó manuscritos, formulados ó sintetizados, con previo resumen ó índice de todos ellos; tercero, relación de los trabajos personales de orden pedagógico y su labor de la enseñanza privada ú oficial; cuarto, un memorándum con la documentación que entienda conveniente exponiendo en síntesis toda su labor pedagógica como maestro en enseñanza pública ó privada, oficial ó no oficial en España ó en el extranjero; quinto, una Memoria exponiendo con claridad y precisión su manera de entender el contenido, carácter y límites de la disciplina de la cátedra, el método y procedimiento pedagógicos de enseñanza que emplearía, fundamentándolos según las fuentes y medios necesarios para su estudio y acompañándolo de un proyecto de curso en forma de programa dividido en lecciones.

Art. 7.º Cada uno de los jueces enumerados deberá tener un suplente, y la designación de éste será simultánea con la de aquél, y siguiendo el mismo procedimiento en cada caso.

CAPÍTULO IV TRIBUNAL

Art. 8.º Cada Tribunal constituido para juzgar de los ejercicios de oposiciones á cátedras de Facultad, se compondrá de siete jueces, que serán: primero, un consejero del Consejo de Instrucción Pública, designado por el Consejo en pleno; segundo, un individuo de número de las Reales Academias establecidas en Madrid: Española, de la Historia, Bellas Artes, de San Fernando, Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, Ciencias Morales y Políticas y Nacional de Medicina, elegido por la correspondiente á la rama del saber á que se refiera la cátedra vacante; tercero, un catedrático de la misma asignatura de la vacante, elegido de entre todas las Facultades por la Junta de la en que exista la vacante. Cuando las vacantes fueran más de una, las designaciones se harán refundiendo los escrutinios de acuerdo con el procedimiento señalado en el art. 11; cuarto, otro catedrático de la Facultad ó Facultades donde exista la vacante, elegido por la Junta de la misma. Cuando las vacantes fuesen varias, se seguirá el mismo procedimiento que en el caso anterior; quinto, otro catedrático designado por la Facultad de la Uni-

versidad de Madrid; sexto, otro catedrático de la misma asignatura entre todos los de España, elegido por los alumnos de la Facultad ó Facultades de la vacante que tengan aprobada la asignatura y por los que se hallen matriculados en la misma; y séptimo, una persona de reconocida competencia extraña al escalafón de la vacante y designada por la Junta de Facultad de Madrid.

Art. 9.º En los casos en que no existan dos catedráticos titulares de la misma asignatura, serán elegibles en sustitución los de asignaturas análogas.

Art. 10. Elegido que sea el consejero juez de Tribunal, él mismo y en su caso el suplente, se hará cargo de la documentación del expediente, siendo desde el primer momento el encargado de todas las comunicaciones y de procurar la más pronta constitución del Tribunal con los jueces designados ó con los suplentes en su caso.

Art. 11. El mismo señor consejero-juez por delegación del ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, calificará los actos de elección de los demás vocales del Tribunal y de sus suplentes, remitidas por las Reales Academias y por los rectorados y decanatos de las Facultades interesadas, siendo además de su competencia la suma de los escrutinios de los catedráticos numerarios ó de los alumnos electores de cada Facultad, cuando concurran á una misma elección dos ó más Facultades, así como la resolución de las recusaciones que se produzcan. La de su propia persona será resuelta por el consejero suplente.

De los acuerdos del consejero-juez, y en su caso del suplente, cabrá alzada ante el ministro.

Art. 12. Una vez remitidas las actas de elección de los jueces por las entidades respectivas á la Subsecretaría del Ministerio de Instrucción Pública, se publicará la lista de los designados en la *Gaceta* para los efectos de la recusación y las referidas actas serán enviadas al consejero designado para formar parte del Tribunal.

Art. 13. El cargo de juez de oposición es obligatorio para los consejeros de Instrucción Pública y para los catedráticos y profesores de Establecimientos oficiales, salvo los casos de incompatibilidad ó de imposibilidad física, debidamente justificado y apreciado por el Ministerio de Instrucción Pública. Las renunciaciones con su justificante se dirigirán, en término de diez días, á contar desde la publicación del nombramiento en la *Gaceta de Madrid*, al Ministerio de Instrucción Pública para las resoluciones oportunas de las cuales se dará inmediatamente comunicación al presidente del Tribunal para los debidos efectos.

Los rectores y directores de Establecimientos docentes que no radiquen en Madrid no podrán formar parte de los Tribunales, sino en casos extraordinarios y con expresa autorización del ministro.

CARBOLAN

Pelrd's C.º, New-York.

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

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

No siendo obligatorio el cargo para los vocales y suplentes nombrados á título de académicos ó competentes, se les concede un plazo de quince días, desde la publicación de su nombramiento en el citado periódico oficial, con objeto de que, en oficio dirigido al Ministerio, manifieste su aceptación ó renuncia, entendiéndose por renuncia la no contestación en el plazo señalado. Lo que en cada caso resulte se comunicará también al presidente del Tribunal.

Art. 14. Los opositores admitidos por el Ministerio podrán recusar, en el término de diez días, contados desde la publicación de la lista de aquéllos ó desde la admisión acordada, si fuese posterior, y en instancia dirigida al ministro de Instrucción Pública, á los jueces y suplentes que consideren incompatibles.

Art. 15. En su primera reunión citado por el consejero-juez, elegirá el Tribunal su presidente y su secretario, pasando á este último toda la documentación constitutiva de los expedientes de los aspirantes á la oposición.

En esta primera reunión del Tribunal, se acordará por éste la forma de redacción del cuestionario á que han de someterse los ejercicios 5.º y 6.º, que se pondrán á disposición de los opositores dos días después y permanecerá otros ocho hasta el comienzo de los ejercicios.

Art. 16. El Tribunal no podrá constituirse sin la presencia de siete jueces, ni continuar en su funcionamiento con menos de cinco.

Art. 17. Todos los jueces que se inutilizaran por enfermedad ó que por otra causa se dieran de baja y no pudieran asistir á la celebración de los ejercicios de la oposición después de comenzada ésta, perderán el derecho á tomar parte en la votación definitiva para la propuesta y al percibo de los emolumentos señalados por este Reglamento, salvo los gastos ocasionados por el viaje á aquellos jueces que tengan su residencia fuera de Madrid.

Art. 18. Los emolumentos que corresponderán al Tribunal serán de 750 pesetas por cada uno de los opositores que hayan actuado en el primer ejercicio hasta la votación del mismo. La suma del importe resultante, según el número de opositores, será distribuida por partes iguales entre los jueces que compongan el Tribunal, sin distinción alguna por razón del cargo que en el mismo ejerzan, asignándose á los que no tengan residencia en Madrid el doble de lo que perciban los residentes.

Estos últimos percibirán además el importe de los gastos de viaje. El importe de los emolumentos del Tribunal, así como las gastos de viaje de los jueces residentes fuera de Madrid y los que ocasionen el personal auxiliar y material, serán satisfechos por el Ministerio de Instrucción Pública.

CAPÍTULO V

EJERCICIOS DE OPOSICIÓN

Art. 19. Los ejercicios de oposición serán los siguientes: Primer ejercicio: Durante un plazo máximo de dos horas expondrá el opositor de turno lo que entienda conveniente para declarar cuál fué su labor personal en los trabajos científicos y de investigación por él realizados, en la misma redacción de los que haya presentados impresos ó manuscritos ó en la fórmula abreviada de aquellos que haya podido presentar solamente en síntesis esquemática, añadiendo cuál fué el resultado útil de cada uno y la aprobación consiguiénte al campo científico, pudiendo aludir á la vez á las recusaciones ó juicios autorizados que haya merecido la labor.

Cada uno de los coopositores en un plazo máximo de quince minutos podrá impugnar el mérito de la labor personal de investigación científica del ejercitante, señalando faltas ó deficiencias y pudiendo aludir también á las recusaciones ó juicios autorizados que se hayan señalado.

Segundo ejercicio: Durante un plazo máximo de una hora expondrá el opositor de turno lo que entienda conveniente para declarar cuál haya sido su labor personal en la práctica pedagógica, como maestro de enseñanza pública ó privada, oficial ó no oficial, y cuáles enseñanzas de la realidad docente experimentada deduce para justificar el método y procedimiento pedagógico emplearía dado el contenido, carácter y límites que suponga en la asignatura, en relación con las fuentes y medios necesarios para su estudio.

Cada uno de los coopositores en un plazo máximo de quince minutos podrá impugnar el mérito de la labor personal de práctica pedagógica del ejercitante señalando faltas ó deficiencias en su aptitud pedagógica y cuál método, procedimiento y programa mantenido por él.

Tercer ejercicio: Será exclusivamente práctico y se verificará del modo y forma que acuerde el Tribunal, cuidando de la posible igualdad de circunstancias y de la eficacia fundamental de esta prueba.

Cuarto ejercicio: Consistirá en la explicación durante una hora como minimum y de cinco cuartos de hora como maximum de una lección del programa del opositor.

La lección será designada por sorteo ante el Tribunal ocho horas antes de celebrarse el ejercicio, escogiendo una entre tres procedentes del propio programa.

Los opositores de turno deberán objetar durante el plazo máximo de quince minutos al actuante y éste contestará á cada uno en el de cinco.

Quinto ejercicio: Consistirá en la contestación oral por cada opositor á cinco temas sacados á la suerte de entre los comprendidos en el cuestionario. La duración

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.



normal será de una hora, pero el Tribunal tendrá cuenta de la naturaleza de la asignatura podrá prorrogarla por media hora, fijando esta ampliación antes de comenzar el ejercicio con objeto de que sea igual para todos los opositores.

Sexto ejercicio: Consistirá en la contestación por escrito de dos temas también sacados á la suerte del mismo cuestionario y que será dada simultáneamente por todos los opositores en presencia del Tribunal ó de la mayoría del mismo en el término de cuatro horas; pero sin que los opositores puedan consultar más apuntes ó libros que aquellos á que les autorice el Tribunal.

Terminadas las horas y numerados en letra por sus autores, fechados y firmados los pliegos escritos se procederá á su lectura pública, uniéndose después, firmados por el secretario y rubricados por el presidente, al expediente de cada interesado.

Si la lectura no pudiera hacerse acto continuo, los trabajos guardados bajo sobre firmado por el secretario y rubricado por el presidente serán depositados en una caja lacrada y sellada hasta que sean leídos en las siguientes sesiones.

Dicha caja quedará bajo la custodia del secretario y el sello en poder del presidente.

Art. 20. Al comenzar cada ejercicio se verificará un sorteo para el orden en que habrán de actuar los opositores aprobados en el anterior.

Los dos opositores que obtengan los números siguientes correlativos al del actuante, serán los encargados de hacerle objeciones durante quince minutos como máximo, en el ejercicio de la lección, y en caso de disponerlos el Tribunal, en el práctico.

Al penúltimo opositor objetarán el último y el primero, y al último los dos primeros.

Si sólo hubiera dos opositores, se objetarán recíprocamente.

Art. 21. Al terminar cada ejercicio, el Tribunal en sesión privada votará nominalmente la capacidad de cada opositor para continuar el ejercicio siguiente, publicándose en la tablilla los nombres de los que hayan sido aprobados y el número de votos obtenidos por cada uno.

Art. 22. La votación definitiva en que se decida el resultado de la oposición será nominal y pública. Para formular propuesta es necesario un minimum de cuatro votos, cualquiera que sea el número de votantes.,

CAPÍTULO VI

DISPOSICIONES GENERALES

Art. 23. Los expedientes estarán siempre en la Secretaría á disposición de todos los opositores y de cuantas personas deseen examinarlos.

Art. 24. El cuestionario permanecerá asimismo á disposición de los opositores solamente, desde el día en

que el Tribunal lo redacte, hasta la terminación de los ejercicios.

Art. 25. De cada sesión del Tribunal se levantará acta por el secretario. Los actos de constitución del Tribunal y los de votación, llevarán las firmas de todos los señores jueces que hayan tomado parte en las sesiones respectivas.

Art. 26. El secretario cuidará de enviar al Ministerio de Instrucción Pública á la mayor brevedad posible el expediente con la propuesta unipersonal de los electos que cuando fueran varios tendrán el derecho de elección de las cátedras por el orden en que hayan sido votados.

Art. 27. Los jueces, cuando el Tribunal lo juzgue conveniente, podrán hacer al actuante las observaciones ó pedirle las explicaciones que consideren oportunas en cualquiera de los ejercicios.

Art. 28. Si terminados los ejercicios prescritos para las oposiciones, el Tribunal creyese necesario que dos ó más opositores practicasen un ejercicio más para completar el juicio, podrá acordarlo y fijar, como en el ejercicio práctico, la índole y forma más adecuada á la celebración de este acto.

Artículo adicional. El nuevo régimen de oposiciones regirá íntegramente para cuantas se convoquen en adelante. Las ya anunciadas cuyos ejercicios se celebren en el presente curso se regirán por el régimen antiguo en lo referente á ejercicios, capacidad de los opositores y documentos y trabajos á presentar por los mismos; la designación de tribunales se entiende anulada si no han comenzado á actuar y se procederá desde luego á elegir sus miembros en la forma y número y por los cuerpos establecidos en el régimen nuevo de designación.

La retribución global ó sus dietas, regirá desde luego para los jueces de todas las oposiciones, cuyos ejercicios no hayan comenzado á la fecha de este decreto.

Al comenzar el curso de 1921-1922 se aplicará el nuevo régimen en su integridad á todas las oposiciones, cualquiera que sea la fecha de su convocatoria.

Comentaremos las ventajas de este proyecto y los motivos que creemos que se han opuesto á su realización.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,7; ídem mínima, 699,3; temperatura máxima, 18°,6; ídem mínima, 2°,2; vientos dominantes, NE, ENE.

Como en la anterior semana, ha seguido sosteniéndose la proporción crecida de los estado gripales benignos. Continúan presentándose bronconeumonías, congestiones pulmonares, reumatismos agudos y algunas hemorragias de los centros nerviosos.

En la infancia sigue siendo relativamente benigno el estado sanitario.

LA DIABETES SE CURAN RADICALMENTE CON EL VINO URANADO PESQUI
que elimina el azúcar á 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.

Crónicas.

Banquete á Francos Rodríguez.—El día 27 del pasado se celebró en el restaurante Fornos Palace el banquete organizado por la Asociación de la Prensa en honor de D. José Francos Rodríguez, presidente de la misma, con ocasión del éxito de su reciente viaje á la América del Sur como embajador extraordinario en la Misión presidida por el infante D. Fernando.

A pesar de estar organizado el agasajo por la Asociación de la Prensa eran numerosísimos los amigos particulares, literatos y hombres de ciencia que se sumaron á la representación nutrida de los periodistas. Son muchas las simpatías que inspira nuestro compañero y redactor, y querer limitar el acto á una de las múltiples manifestaciones en que se desarrolla su actividad hubiera sido punto menos que imposible.

En su discurso de agradecimiento á los que le ofrecían el homenaje, hizo un estudio comparativo acertadísimo entre el papel que representa nuestra prensa y sus analogías con la americana.

Al terminar sus palabras con frases de optimismo patriótico fué vitoreado y felicitado por todos sus compañeros y amigos.

Suñer y Ordóñez, catedrático de Enfermedades de la infancia.—El día 6 ha publicado la *Gaceta* el nombramiento de este ilustre compañero para catedrático de la expresada asignatura en la Universidad Central.

Dice así la Real orden:

«En virtud de oposición y propuesta unánime del Tribunal calificador,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien nombrar á D. Enrique Suñer y Ordóñez catedrático numerario de Enfermedades de la infancia de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, con el sueldo anual de 11.000 pesetas y el mismo número del Escalafón que actualmente disfruta.

Por consecuencia de este nombramiento y en cumplimiento de lo preceptuado en el Real decreto de 31 de Julio de 1904, se declara vacante la cátedra de igual denominación de la Universidad de Valladolid, de la que actualmente es titular el Sr. Suñer y Ordóñez.

De Real orden comunicada por el señor ministro lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 26 de Marzo de 1921.—El subsecretario, *Romero*.

Señor ordenador de Pagos por obligaciones de este Ministerio.»

Nuestra enhorabuena.

El profesor Vaquez en Madrid.—Hoy sábado llegará á Madrid el ilustre catedrático de Facultad de la París y médico del Hospital Saint-Antoine, Dr. Vaquez, universalmente conocido por sus estudios sobre enfermedades de la sangre y cardiología, y director desde hace muchos años de los *Archives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang*. El profesor Vaquez dará el lunes á las once una conferencia en la Facultad de Medicina sobre *Eritremia*, y el miércoles otra en la Real Academia acerca de *la digitalina y la ovarina*. Sea bienvenido el ilustre profesor.

Por enfermedad del director y propietario del Instituto Radiumterápico de Madrid, Princesa, 58, se traspasa dicho establecimiento.

Adhesión á la Oficina Internacional de Higiene pública de París.—El señor Embajador de Italia ha comunicado al Ministerio de Estado, que el Reino de Rumania se ha adherido á la Oficina Internacional de Higiene pública de París, nombrando representante suyo en la misma al doctor señor Giovanni Cantacuzeno.

Cursos libres completos de Semiología y de Clínica médica en la Argentina.—El profesor suplente Dr. Pedro J. García, de Buenos Aires, dictará, durante el año escolar de

1921, en su servicio de Clínica médica de la sala VI del Hospital Fernández, el tercer curso libre completo de Semiología y ejercicios clínicos (programa del profesor Dr. Araújo Alfaro), y el tercer curso libre completo de Clínica médica. Regirá el mismo horario que para el curso escolar de 1920, que fué el siguiente:

Semiología: lunes, miércoles y viernes; clase, de nueve á diez; trabajos prácticos, de diez á doce.

Clínica médica: martes, jueves y sábados; clase, de diez á once; trabajos prácticos, de once á doce.

Oposiciones á médicos inspectores provinciales de Sanidad.—En la *Gaceta* del 3 de Febrero. Se cubrirán nueve vacantes, quedando como aspirantes los aprobados sin plaza. Obra única por los Sres. Ferrán, Delgado y Campos, 60 pesetas. — Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

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

ANTICATARRAL García Suárez

Solución creosotada de Glicero-clorhidrofosfato de cal con Thiocol y Gomenol. Es la preparación más eficaz en las afecciones del aparato respiratorio.



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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización

conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial, Argensola, número 4, Madrid.

SOLUCIÓN BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MÉDICO.

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.^a de la Cabeza, 1.

GLICERO Granulado DALLOZ

TÓNICO NERVINO

Glicerofosfato de Cal químicamente puro

MINERALIZADOR

Depresión nerviosa * Neurastenia * Desmineralización * Tuberculosis ósea y pulmonar

Muestras: DALLOZ & C^o, 13, Boul^o de la Chapelle, PARIS