

# EL SIGLO MÉDICO

**REVISTA CLINICA DE MADRID**  
**Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO**

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

**REDACTORES:**

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

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

**PROGRAMA CIENTÍFICO:**

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

**SUMARIO:** Sección científica: La conductibilidad eléctrica del suero sanguíneo y de la orina en condiciones normales y patológicas, por *R. Novoa Santos y J. Arijón Gende*.—Facoerisis, por el *Dr. I. Barraquer*.—Apendicitis crónica con síndrome gástrico, por el *Dr. J. Rodríguez López*.—La escoliosis llamada habitual y sus modernos tratamientos, por el *Dr. D. Joaquín Decref*.—La Medicina y la guerra, por el *Dr. Chauvin*.—**Periódicos médicos.**—Sección profesional: Boletín de la semana, por *Decio Carlan*.—Remitido, por *Jesús Centeno*.—**Sociedades científicas:** Sociedad Ginecológica Española.—Sección oficial: Ministerio de Instrucción Pública.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

**La conductibilidad eléctrica del suero sanguíneo y de la orina en condiciones normales y patológicas**

POR

**R. NOVOA SANTOS Y J. ARIJON GENDE**

Nosotros hemos determinado el valor del *índice hemorrenal* á partir de la resistencia (en ohmios) del suero

sanguíneo y de la orina. Para esto nos hemos servido del aparato de Loewenhardt, que da directamente la *conductibilidad* en  $n \cdot 10^{-4}$ , representando *n* la cifra indicada en la regla en el momento preciso que se alcanza el tono mínimo del teléfono. Como los detalles de estas investigaciones serán publicadas en extenso por uno de nosotros (Arijón Gende), aquí nos limitaremos á compendiar las conclusiones más importantes:

**CUADRO I**

*Conductibilidad eléctrica del suero sanguíneo y de la orina en el conejo sano, en animales operados de nefrectomía unilateral ó de ligadura de uno de los pedículos renales y en conejos afectos de nefritis alótnica.*

	Conductibilidad eléctrica del suero.		Conductibilidad eléctrica de la orina		Resistencia en ohmios del suero.		Resistencia de la orina.		Índice hemorrenal.		Número de determinaciones.	Número de animales.
	Máxima.	Mínima.	Máxima.	Mínima.	Máxima.	Mínima.	Máxima.	Mínima.	Máxima.	Mínima.		
Conejos sanos.	115.10 <sup>-4</sup>	100.10 <sup>-4</sup>	206.10 <sup>-4</sup>	150.10 <sup>-4</sup>	100,000	86,956	66,666	48,543	1,807	1,418	12 × 2	12
Nefritis alótnica .....	115.10 <sup>-4</sup>	100.10 <sup>-4</sup>	300.10 <sup>-4</sup>	200.10 <sup>-4</sup>	100,000	86,956	50,000	33,333	2,784	1,902	46 × 2	3
Ligadura de un pedículo renal.....	115.10 <sup>-4</sup>	100.10 <sup>-4</sup>	330.10 <sup>-4</sup>	230.10 <sup>-4</sup>	100,000	86,956	43,478	30,303	2,946	2,306	29 × 2	3
Nefrectomía unilateral...	110.10 <sup>-4</sup>	99.10 <sup>-4</sup>	306.10 <sup>-4</sup>	240.10 <sup>-4</sup>	101,010	90,909	41,666	32,679	2,817	2,297	27 × 2	3
Exclusión de ambos riñones.....	119.10 <sup>-4</sup>	101.10 <sup>-4</sup>			111,111	84,033					18	6

Tanto en los conejos inyectados con aloina como en animales á los que se liga uno de los pedículos renales ó se extirpa uno de los riñones, se demuestra un alza en el valor del índice hemorrenal; el acrecentamiento

del índice H-R depende del aumento de la conductibilidad eléctrica de la orina, pues la conductibilidad del suero sanguíneo se mantiene dentro de límites fisiológicos.

CUADRO II

*Conductibilidad eléctrica del suero sanguíneo y de la orina en el perro sano y en animales operados de nefrectomía unilateral.*

	Conductibilidad del suero sanguíneo.		Conductibilidad eléctrica de la orina.		Resistencia del suero.		Resistencia de la orina.		Índice hemorrenal.		Número de determinaciones.	Número de animales.
	Máxima.	Mínima.	Máxima.	Mínima.	Máxima.	Mínima.	Máxima.	Mínima.	Máxima.	Mínima.		
Animales sanos.....	115.10 <sup>-4</sup>	100.10 <sup>-4</sup>	260.10 <sup>-4</sup>	150.10 <sup>-4</sup>	100,000	86,956	66,666	38,465	2,385	1,118	24 × 2	3
Operados de nefrectomía unilateral...	115.10 <sup>-4</sup>	100.10 <sup>-4</sup>	330.10 <sup>-4</sup>	54.10 <sup>-4</sup>	100,000	86,956	185,185	30,303	2,946	0,500	33 × 2	3

Debemos advertir que el índice 2.385 se obtuvo sólo en una de las determinaciones, y que, fuera de esta cifra, el valor del índice H-R encontrado en animales

sanos, está comprendido entre 1.118 y 1.872. Por lo demás, los resultados obtenidos en perros concuerdan exactamente con los obtenidos en el conejo.

CUADRO III

*Conductibilidad eléctrica del suero y de la orina en el hombre sano, en sujetos afectados de nefropatías y en individuos urémicos.*

	Conductibilidad eléctrica del suero.		Conductibilidad eléctrica de la orina.		Resistencia del suero.		Resistencia de la orina.		Índice hemorrenal.		Número de determinaciones.	Número de casos.
	Máxima.	Mínima.	Máxima.	Mínima.	Máxima.	Mínima.	Máxima.	Mínima.	Máxima.	Mínima.		
Sujetos sanos.	117.10 <sup>-4</sup>	92.10 <sup>-4</sup>	310.10 <sup>-4</sup>	90.10 <sup>-4</sup>	108,695	83,333	111,111	32,258	2,821	0,900	20 × 2	20
Embarazadas clínicamente sanas.....	218.10 <sup>-4</sup>	95.10 <sup>-4</sup>	257.10 <sup>-4</sup>	115.10 <sup>-4</sup>	147,058	48,871	86,956	38,910	2,485	0,527	13 × 2	13
Nefropatías diversas.....	112.10 <sup>-4</sup>	80.10 <sup>-4</sup>	282.10 <sup>-4</sup>	80.10 <sup>-4</sup>	125,000	89,285	125,000	35,460	2,517	0,909	15 × 2	15
Uremia.....	115.10 <sup>-4</sup>	78.10 <sup>-4</sup>	225.10 <sup>-4</sup>	73.10 <sup>-4</sup>	128,205	86,956	136,910	44,444	2,102	0,664	4 × 2	4

Es digno de notar que los índices bajos encontrados por nosotros en dos casos de uremia, coincidían con una conductibilidad eléctrica normal del suero sanguíneo (110.10<sup>-4</sup> y 115.10<sup>-4</sup>), y es asimismo digno de notar que en embarazadas clínicamente sanas se encuentran valores mínimos más bajos que las cifras mínimas halladas en individuos normales.

Los resultados experimentales logrados por nosotros concuerdan en principio con los datos publicados por otros investigadores (Bickel, Ceconi, Viola y otros). Aunque la conductibilidad eléctrica del suero sanguíneo es mucho más constante que la conductibilidad de la orina, es lo cierto que no puede descubrirse ninguna alteración típica de la conductibilidad eléctrica en el suero de los animales operados de nefrectomía unilateral ó de ligadura de uno de los pedículos renales, ni en los animales á los que se extirpan ambos riñones, ni tampoco en el hombre urémico. Además, creemos que á la determinación comparativa de la conductibilidad del suero sanguíneo y de la orina—es decir, á la determinación del índice hemorrenal—no puede concedér-

sele gran importancia desde el punto de vista del diagnóstico de la capacidad funcional de los riñones.

## FACOERESIS

POR EL

DR. J. BARRAQUER

### I.—DEFICIENCIAS DE LA EXTRACCIÓN POR QUISTITOMÍA Y VENTAJAS DE LA EXTRACCIÓN TOTAL.

Desde Daviel (1745) todos los oftalmólogos, conocedores de la patogenia de las complicaciones consecutivas á la operación de la catarata, se han mostrado partidarios de la extracción total, y si á pesar de esto no se ha generalizado este género de operación, es por falta de procedimientos fáciles de llevar á la práctica y exentos de peligros para el ojo.

1. Estudiando la etiología, desarrollo y curación de las complicaciones operatorias y postoperatorias en la extracción por quistitomía, vemos que:

a) Las repetidas compresiones que sobre el globo ocular se practican con cucharillas ó con los dedos á través de los párpados para extraer el contenido quístico, traumatizan el ojo y favorecen la pérdida de humor vítreo; las toilettes laboriosas, los lavados de la cámara, etcétera, y otras maniobras que se proponen evacuar los restos blandos de la catarata, favorecen el desarrollo de la iritis sin lograr por completo su propósito.

b) La mayor ó menor cantidad de productos degenerados que persisten adheridos á la superficie interna del saco capsular, dejan en la pupila una opacidad que enturbia la visión. La acción flogógena de dichos productos, disueltos ó emulsionados en el humor acuoso, producen proliferaciones del endotelio que engruesan la catarata secundaria, sinequias que la hacen adherente, y lesiones inflamatorias, por convertir el humor acuoso en líquido de cultivo apropiado para los microorganismos. Los fragmentos de la substancia degenerada del cristalino, gotas de grasa, esferas de Morgagni, células vesiculosas, restos de membranas y núcleos esclerosados de las fibras del cristalino, sales calcáreas, colessterina, quedan incluidos entre los labios de la herida corneal y causan retraso en su cicatrización favoreciendo la infección intraocular. Un colgajo de la membrana capsular queda á veces pellizcado por los labios de la herida, constituyendo una inclusión que falsea la cicatriz á cuyo través pueden llegar los gérmenes al interior del ojo, sirviéndoles de conductor dicha inclusión; la iridociclitis plástica reconoce esta etiología.

c) Una posterior operación para librar el campo pupilar de la cápsula (discisión), ó para sacar de él falsas membranas, restos de iritis ó iridociclitis, consecuencias de las acciones flogógenas antes citadas (iridocápsuloectomía) exponen al ojo á graves complicaciones y no siempre restituyen toda la visión.

2. En la extracción total:

a) Extrayendo el cristalino en un solo tiempo, evitamos la entrada de múltiples instrumentos y repetidas maniobras en las cámaras del ojo, y si no ejercemos presiones, vemos desaparecer aquellas causas de complicación.

b) Sacando la catarata entera en su saco capsular, sin dejar el menor resto, evitamos toda acción flogógena y los enclavamientos capsulares con sus funestas consecuencias.

c) Toda vez que no dejamos resto alguno de catarata y que no existen los fenómenos inflamatorios por parte del iris, nunca debemos practicar ulteriores intervenciones, evitando sus peligros y salvando la visión normal.

## II.—QUÉ ES EL ERISIFACO Y CÓMO FUNCIONA.

La fig. 1.<sup>a</sup> representa una sección longitudinal de la ventosa y de la bomba de vacío intermitente ó vibratorio, que se emplea para su funcionamiento. La ventosa lleva en 1 la cápsula de adherencia y en 2 una cánula que termina en un enchufe cónico 3 que puede adaptarse en 4 á un cuerpo de distribución 5, el cual lleva un conducto 6, que se bifurca en dos pequeños conductos 7 y 8, que comunican con una cámara 9, en

la cual se aplican y asientan en disposición opuesta dos válvulas cónicas 11 y 15, esta última capaz de tapar el conducto 7, si está ajustada, ó dejarle comunicar con la atmósfera si no lo está.

La válvula 11 puede dejar incomunicados entre sí los conductos 8 y 10, si está ajustada, ó dejarlos comu-

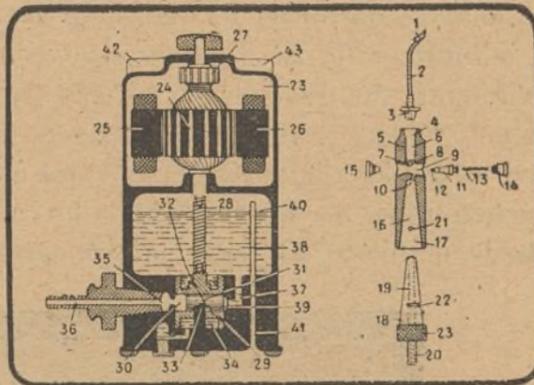
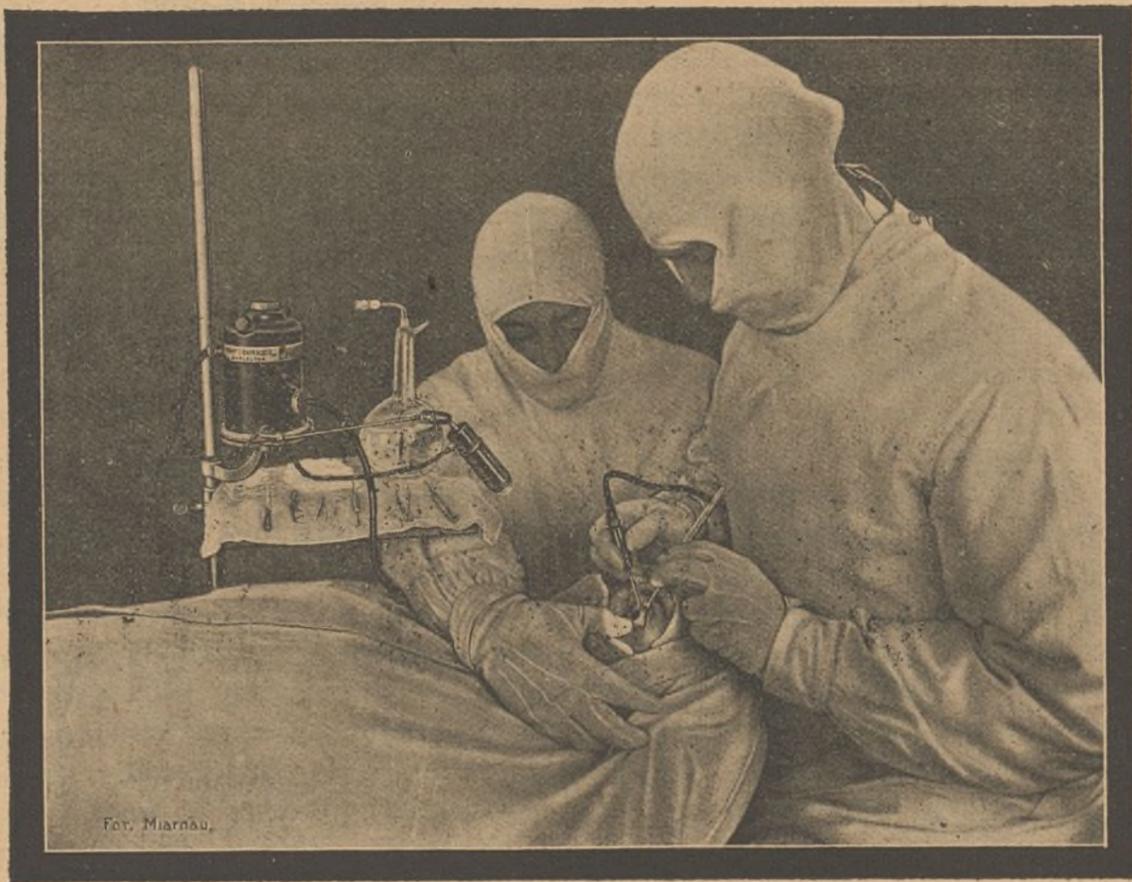


Fig. 1.<sup>a</sup>

nicar á través de la cámara 9, si está algún tanto separada de su asiento. La válvula 11 tiene un índice 12 que se atornilla al pico de la válvula 15 y dicha válvula 11 está bajo la acción de un resorte de compresión 13, que se retiene mediante un tapón 14. El conducto 10 termina con otro 17, que termina con un ensanche cónico, al que se enchufa un tapón 18 con un paso interno 19 y terminado con una tetina 20, que sirve para enchufar el tubo que transmite el vacío desde la bomba, que describiremos á continuación. Al funcionar la bomba de vacío intermitente, este vacío no es producido en la ventosa, porque el resorte 13 mantiene la válvula 15 algún tanto separada de su asiento, comunicando el tubo 7, y por lo tanto, la cánula 2 con la atmósfera; en tanto que la válvula 11 aplicada eficazmente contra su asiento, obstruye la comunicación entre los conductos 8 y 10, y por lo tanto, la de la cánula 2 con la bomba de vacío intermitente. Tan pronto como se quiera establecer el vacío en la ventosa, el operador cierra la válvula 15 que automáticamente obliga á la 11 á que se separe de su asiento por causa de la unión de rosca existente entre dicha válvula 15 y el pico fileteado 12 de la válvula 11; entonces la ventosa adhiere por la acción de la presión atmosférica transmitiendo sacudidas gracias al movimiento vibratorio producido por la máquina neumática intermitente. Tantas veces como al operador le convenga suspender los efectos de este vacío, bástale abrir la válvula 15, cerrándose la 11. Según las condiciones físicas de las diferentes cataratas, es necesario poder graduar la intensidad del vacío producido intermitentemente, teniéndose en cuenta que este vacío no es absoluto, sino que se obtiene y basta obtener un relativo enrarecimiento del aire que lleva la ventosa en su interior. La referida graduación se realiza mediante una disposición de ranuras, 21 y 22, establecida en el tapón 18 y en su asiento cónico 17. Este regulador se ha emplazado en algunos modelos en la tetina 33 de la máquina neumática. Dicha máquina se compone de dos partes: la superior 23 contiene el motor eléctrico, del cual se ve en 24 el inducido, en 25 y 26 los primarios y en 27 el colector. Este motor lleva un eje flexible 28 en cuya extremidad va fijado el cilindro rotor 29, que

tiene en 30 una perforación cilíndrica, atravesándole diametralmente, de parte á parte, en el cual se halla alojado el émbolo 31, que es un cuerpo cilíndrico macizo capaz de resbalar dentro de su alojamiento, perfectamente ajustado. Dicho cuerpo cilíndrico tiene en 32 un hueco ó hendidura, en donde penetra una espiga 33 fija en el fondo de un hueco 34 que sirve de acoplamiento al cilindro rotor 29. Cuando este cilindro 29 toma movimiento de rotación, el émbolo 31 realiza un movimiento de vaivén dentro de su alojamiento 30, obligado por el acoplamiento existente entre la espiga fija 33 y la hendidura 32. En 35 se halla un conducto que va desde el hueco 34 hasta la embocadura 36,

provisión de aceite lubricante para el ajuste hermético de todas las piezas, llegando al nivel, por ejemplo, hasta 40. El aire que desemboca desde el conducto 37 hasta la cámara 38 pasa al través de la masa de aceite y sale al exterior por un conductillo 41 que para este objeto se halla dispuesto. La bomba se acciona mediante el motor eléctrico 24-25-26 y 27, cuyas bornas de enchufe están en el interior de 42 y 43 produciéndose en el rotor 29 las acciones antes explicadas por el émbolo 31, de modo que se obtienen períodos de vacío repetidos en el conducto 35, y, por lo tanto, en la ventosa, siendo estos períodos tanto más frecuentes cuanto más velocidad angular tenga el rotor 29, condición que se

F g. 2<sup>a</sup>

donde se halla dispuesta una tetilla para el enchufe del tubo de caucho, por el cual se transmiten las acciones del vacío á la ventosa; el orificio de desembocadura del conducto 35 en el hueco 34 se halla al nivel de la perforación 30, donde está alojado el émbolo 31. A igual nivel se halla otro conducto 37 que desemboca en el hueco 34 y en la cámara superior 38; en la desembocadura de dicho conducto 37, en el hueco 34, va una hendidura 39 que alcanza una extensión de 45° en la pared cilíndrica del citado hueco 34. Funcionando el aparato, cuando el émbolo 31 se presenta frente al orificio ó desembocadura interior del conducto 35, dicho émbolo 31 se halla distanciado de la periferia del cilindro rotor 29; y, por lo tanto, habiendo dejado un espacio de su alojamiento 30 vacío, este vacío se transmite al través del conducto 35 y del tubo de unión á la ventosa, en la cual se enrarece el aire si está cerrada su comunicación con la atmósfera. El aire que haya llenado el espacio 30 es expulsado al través de la hendidura 39 y del conducto 37 hacia la cámara 38. Esta cámara, hasta cierta altura y toda la parte inferior del aparato, contiene una

gradúa por la viscosidad del aceite que se introduce en la bomba, pues cuanto mayor sea, mayor resistencia tendrá que vencer el motor y menor será en consecuencia su velocidad. Un cierre perfecto de las válvulas y cónicos, una elaboración mecánica muy perfecta son indispensables en este instrumento, para el éxito de la intervención. Muchas son las imperfectas imitaciones del erisifaco, que no sirven más que para desacreditar el procedimiento.

### III. OPERACIÓN, SUS PREPARATIVOS Y TÉCNICA.

La extracción total de la catarata con el erisifaco, es sumamente fácil y compatible con cualquier manera de practicar los demás tiempos de la operación; sin embargo, para el buen éxito de la misma y para lograr los resultados que logro yo después de una serie de años de práctica del procedimiento, es preciso, á más de conocer el funcionamiento del aparato, conocer una serie de detalles, muchos de los cuales son imitación de la práctica de mi padre, y que trataré de explicar concisa y gráficamente en los siguientes párrafos.

1. Sala de operaciones:

En la sala de operaciones la luz debe ser difusa y de poca intensidad, y el campo operatorio iluminado oblicuamente por un fotóforo, de modo que sea fácil ver al través de la córnea los menores detalles en el interior de la cámara, pudiendo así precisar las maniobras de extracción que convengan en cada caso. Ningún ayu-

do jabonoso de la piel de los párpados y regiones vecinas (fig. 3.<sup>a</sup>) seguido de una hisopación de las pestañas y párpados con nitrato argéntico al 4 por 100 y de una ligera fricción del borde ciliar con aceite biyodurado. Los fondos de saco conjuntivales son lavados con suero esterilizado con el chorro de un matraz aséptico (figura 4.<sup>a</sup>) cubriendo los párpados con una gasa empapada

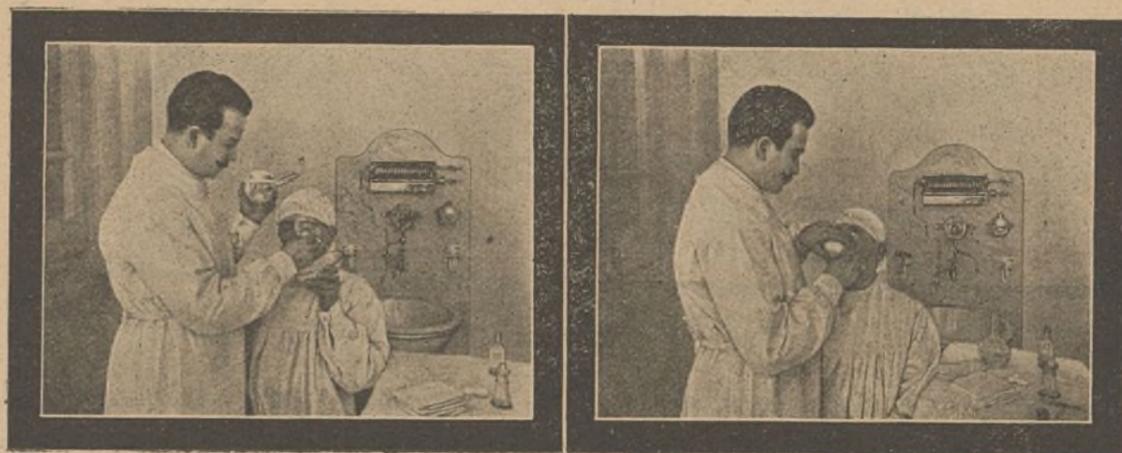


Fig. 3.<sup>a</sup>

dante debe hablar y sólo el operador dirigir la palabra al enfermo.

en solución de hermofenil al 1 por 1.000. Cada diez minutos instilamos al paciente (haciéndole mirar al sue-



Fig. 4.<sup>a</sup>

Los instrumentos deben ser colocados siempre en el mismo orden en un soporte especial, al nivel del cuello del paciente, á fin de que el operador, que se halla sentado á la cabecera del enfermo, pueda coger sin titubear cada uno de ellos, no apartando la mirada del campo operatorio. Dichos instrumentos han sido previamente examinados con escrupulosidad y esterilizados á seco en una caja metálica ó por ebullición.

El operador y su ayudante usarán batas, máscaras y guantes de hilo esterilizados (fig. 2.<sup>a</sup>). En un servicio hospitalario es útil tener dos mesas de operaciones contiguas, con dos ayudantes; mientras se practica la operación en una, otro ayudante pone el apósito, cambia y dispone un nuevo enfermo en la mesa vecina, pudiendo así practicarse gran número de intervenciones en poco tiempo.

2. Preparación del enfermo:

Dos horas antes de la operación se practica un lava-

do) unas gotas del siguiente colirio recientemente preparado y esterilizado por tindalización:

Cloruro de eufalmina.....	0,25 gramos.
Clorhidrato de cocaína.....	0,25 —
Solución de adrenalina al 1 por 1.000.....	3 c. c.
Solución cloruro sódico al 6 por 1.000.....	3 —

á fin de lograr la anestesia y dilatación pupilar necesarias, lo que se obtiene en la generalidad de pacientes en hora y media.

Después de acostado el enfermo sobre la mesa de operaciones, é instalado un campo de operaciones estéril, que deje destapados los dos ojos, practicamos un segundo lavado de los fondos de saco conjuntivales, doblando el párpado superior por dos veces con una pinza, é instilamos nuevamente unas gotas del citado colirio en ambos ojos, dejando transcurrir cinco minutos antes de empezar la intervención, minutos que emplea-

mos invitando al paciente á mirar arriba, abajo, y á cerrar los ojos suavemente.

En aquellos enfermos en que notamos cierto tem-

elevador de Desmarres y tira hacia arriba la ceja con el dedo meñique. Con su otra mano, el ayudante separa el párpado inferior, mientras el cirujano hace presa

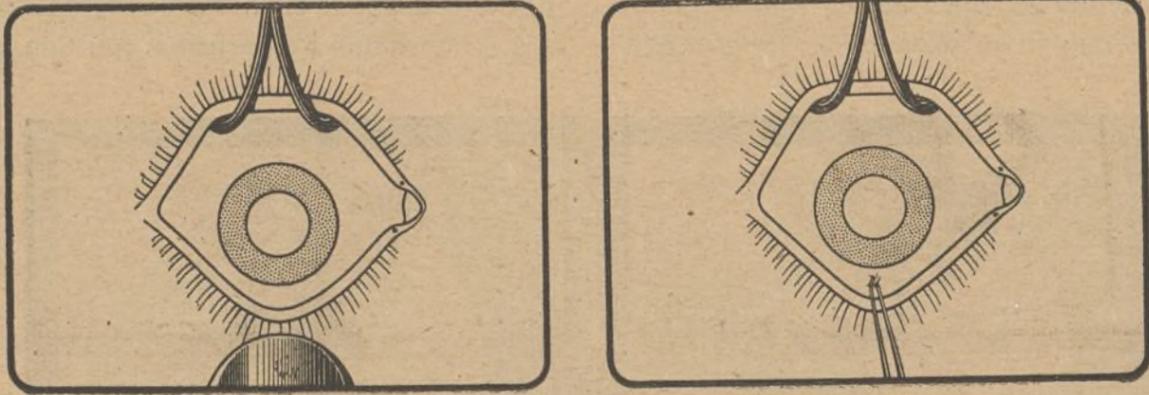


Fig. 5.<sup>a</sup>

blor de las fibras del orbicular ó contracciones bruscas de los párpados, practicamos unas inyecciones de no-

de la conjuntiva y tejido subconjuntival con la pinza de Landolt, á un milímetro del extremo inferior del

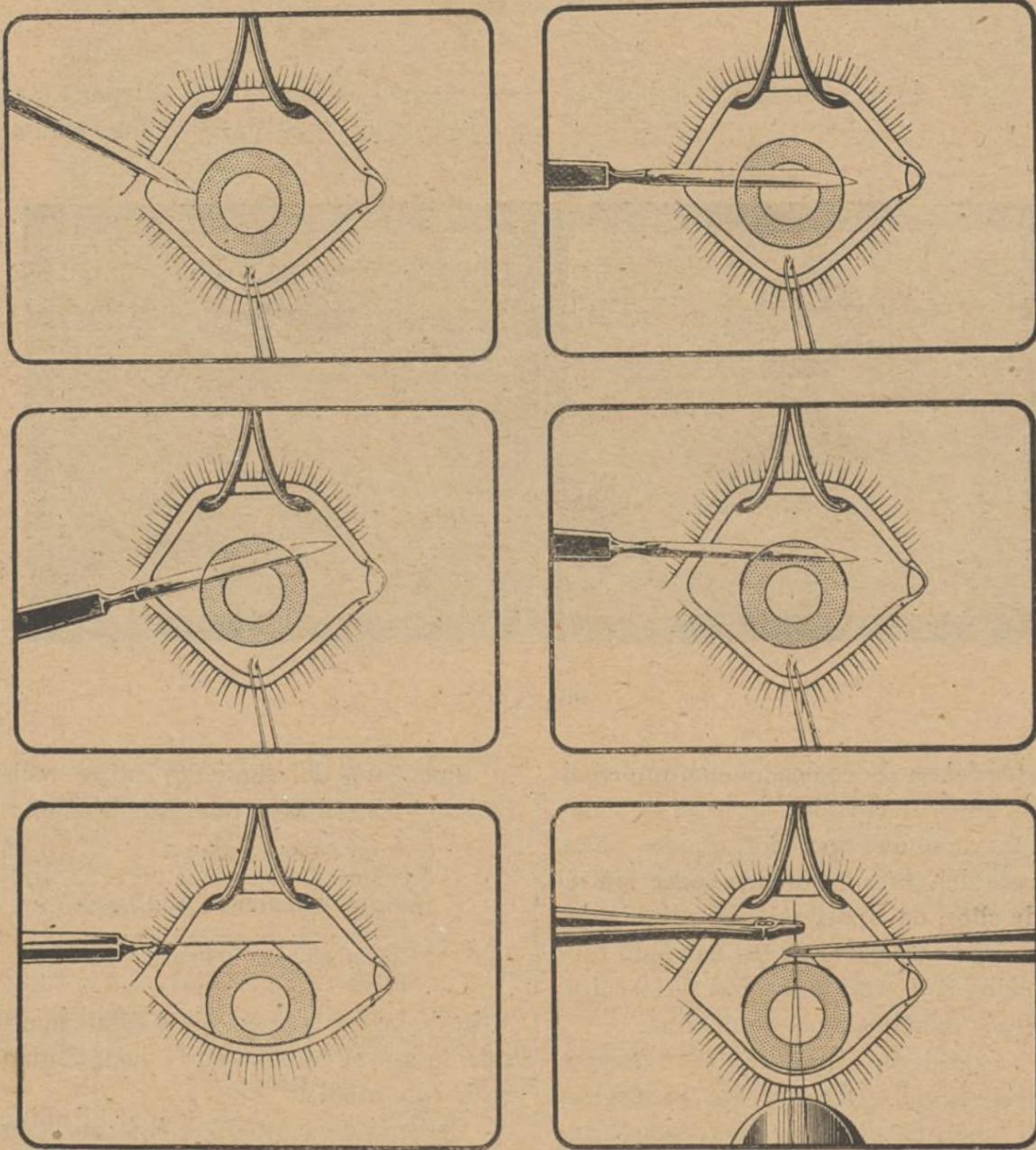


Fig. 6.<sup>a</sup>

vocaína al 1 por 100 en el curso de las fibras del facial para obtener una parálisis temporal del orbicular, siguiendo la técnica de Vanlint-Villard.

### 3. Fijación:

El ayudante, sentado á la derecha del cirujano, con su mano izquierda aguanta el párpado superior con el

meridiano vertical de la córnea, procurando no hacer presión alguna sobre el globo (fig. 5.<sup>a</sup>).

Los blefarostatos frecuentemente empleados, hacen presiones sobre el globo y no aguantan los párpados suficientemente separados hacia adelante. La fijación por la extremidad nasal, del diámetro horizontal de la

córnea, tan preconizada, facilita las presiones sobre el globo en el momento de la punción.

#### 4. Talla del colgajo:

Este debe ser de los dos quintos superiores de la circunferencia de la córnea, y tallado en toda su extensión en el limbo esclerocorneal, ó mejor aún con una lengüeta escleroconjuntival en su tercio medio.

La punción es á un milímetro, por arriba del diámetro horizontal de la córnea; el cuchillo de Graefe, sostenido como la pluma de escribir, con la mano derecha para el ojo derecho y con la izquierda para el izquierdo, atraviesa el espesor de la córnea en la dirección de su radio de curvatura, poniendo su lámina paralela al iris tan pronto como penetra en la cámara anterior, con movimiento lento y progresivo avanza siempre paralelo al iris y al meridiano horizontal de la córnea, hasta llegar al sitio de la contrapunción, que es simétrico al de la punción, teniendo en cuenta que por la refracción de la córnea se ve la punta un milímetro retrasada. En cuanto ésta asoma por la contrapunción y mientras va penetrando el cuchillo, camina hacia arriba para cortar el tercio interno del colgajo; retiramos entonces el instrumento, de modo que su mango se dirija hacia arriba, cortando el tercio de colgajo correspondiente al lado de la punción. Un pequeño cambio en la horizontalidad de su lámina, produciría la salida del humor acuoso, la disminución de la cámara é impediría acabar el colgajo correctamente; el tercio medio, ó sea el último tallado, se emplaza, dirigiendo el filón hacia atrás, en la esclerótica, acabándolo con una larga lengüeta conjuntival, que limitamos dirigiendo el filo del instrumento hacia delante. Durante la talla del colgajo, el ojo no debe sufrir el menor desplazamiento, la menor deformación ni estiramientos, lo que se logra empleando un cuchillo perfecto, haciendo la punción radiada, manejándolo con uniforme suavidad, y teniendo cuenta de no hacer presiones con la pinza de fijación. Un colgajo demasiado escleral ó con sección no uniforme, ó tallado con dificultad, predispone á accidentes durante la operación ó á complicaciones post-operatorias.

En los enfermos poco dóciles, perturbados, con propensión al vómito ó fuerte tos, y en los casos en que puede temerse una hernia vítrea, una inversión del colgajo, ponemos una sutura en su lengüeta conjuntival (fig. 6.<sup>a</sup>). La sutura corneal previa necesita á veces ligeras presiones sobre el globo que conviene evitar, aun antes de tallar el colgajo, pues producen roturas en la zónula.

(Se continuará.)

## APENDICITIS CRÓNICA CON SÍNDROME GÁSTRICO

POR EL

DR. J. RODRÍGUEZ LÓPEZ

De Santa Cruz de Tenerife (Islas Canarias).

Son tan vagos los síntomas reflejos de la apendicitis crónica y simulan tal diversidad de afecciones, que con frecuencia se cometen, aun por los más experi-

mentados clínicos, errores de diagnóstico, y se practican intervenciones que no proporcionan alivio alguno al paciente; es verdaderamente inexplicable la diseminación de síntomas de la referida entidad morbosa.

La frecuencia de la apendicitis aguda y crónica en las Islas Canarias me ha permitido estudiar sus diversas modalidades clínicas y adquirir el convencimiento de que algunas veces es extremadamente difícil descubrir el complejo mecanismo que engrana la solidaridad funcional existente entre el apéndice vermiforme y los diferentes órganos de la economía.

Sería prolijo enumerar el sin número de cuadros sindrómicos que aparentando una colecistitis, anexitis, dispepsia, úlcera de estómago, tuberculosis incipiente, asma, absceso del psoas, neuralgia del plexo ilíaco, etcétera, etc., tienen su génesis en una inflamación crónica del apéndice.

Me limitaré al caso objeto de este artículo.

Desde hace dos años la señorita... sufría con bastante frecuencia un dolor intenso en el epigastrio con reflejo dorsal en la línea media y á la altura de la undécima vértebra dorsal; dolor insoportable como si le atravesasen con una espada (según su expresión), no calmado ni aun con morfina, que le duraba varias horas, con la característica de presentarse después de las comidas y nunca en ayunas. Jamás tuvo vómitos, aunque verdaderas crisis de aereofagia acompañaban al dolor epigástrico. Con frecuencia é independientes de éste, padecía jaquecas que le obligaban á guardar cama; con fiebre todos los días, llegando á veces á 38° por la tarde. Jamás acusó dolor apendicular en esos dos años. El análisis del jugo gástrico denunció una intensa hiperclorhidria.

Cuando por primera vez reconocí á la enferma era tan intenso el dolor epigástrico dorsal y tan característico de úlcera del estómago, que hubiera formulado el diagnóstico de dispepsia con ó sin lesión gástrica, si no hubiese observado al explorar el abdomen determinados síntomas que desviaron mi juicio clínico en diferente sentido.

En efecto: aunque la más ligera presión en el hueco epigástrico exacerbaba notablemente el dolor, indicando una gran excitabilidad del plexo solar, que erróneamente hizo suponer á los compañeros que me precedieron en la exploración de la enferma, la existencia de una afección gástrica, se observaban tres signos en el instante de mi reconocimiento que en mi concepto tienen una validez incomparable en el diagnóstico de la apendicitis crónica cuando acompañan al dolor epigástrico. Los referidos signos son: pérdida del reflejo cutáneo en la fosa ilíaca derecha, abombamiento de la misma, y sonido más claro á la percusión en ella que en la izquierda. El primero, señalado con insistencia por Sicard, queda á veces limitado á una disminución del reflejo cutáneo, que se aprecia explorando al propio tiempo el lado izquierdo.

Sospechando, pues, que se trataba de un dolor reflejo de origen apendicular, incliné mi interrogatorio en el sentido de esta afección y para corroborar mi diagnóstico descubrí lo siguiente: Que la referida en-

ferma había sufrido hacía algunos años un dolor intenso en la fosa ilíaca derecha, que le duró dos días, con fiebre elevada y viéndose obligada á guardar cama; que en la actualidad se hallaba atormentada por un estado nauseoso permanente, en especial después de las comidas, con muy mal gusto de boca; que padecía de insomnios, constipación pertinaz, malestar general durante todo el día con poca aptitud para el trabajo, y un ligero dolor en la pierna derecha que la obligaba á cojear algunas veces.

Con este cortejo sintomático el diagnóstico de dispepsia apendicular de Longuet se imponía, aunque en el momento de la crisis algida no acusaba la enferma sensibilidad alguna á la presión en la fosa ilíaca derecha, lo que atribuí á que la gran intensidad del dolor epigástrico absorbía toda su atención.

Al día siguiente, cuando ya la crisis gástrica había desaparecido, exploré el abdomen, y claramente pude observar que el punto más sensible era el de Moritz.

Por el momento me limité á someter á la paciente á un régimen alimenticio y tratamiento con subnitrito de bismuto y alcalinos, pensando en la necesidad de una intervención quirúrgica.

Como los dolores gástricos aumentaban de intensidad y se repetían con frecuencia haciendo á la enferma la vida insoportable, me decidí á practicarle una apendicectomía el día 8 de Septiembre del año último, siendo ya mi esposa. En el acto operatorio encontré un apéndice completamente libre de 14 centímetros de largo y unos 6 milímetros de diámetro, con puntos equinóticos en su mucosa, paredes infiltradas y productos fecales en su interior.

La evolución postoperatoria fué favorable, abandonando el lecho á los nueve días.

Desde entonces hasta el momento actual, sus funciones gástricas se normalizaron completamente sin que haya experimentado la más ligera molestia aun con alimentos de difícil digestión.

## La escoliosis llamada habitual y sus modernos tratamientos (1)

POR EL

DR. D. JOAQUÍN DECRET

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

2.<sup>a</sup> El tratamiento de Abbott, si bien no combate la causa, es sin duda, si no un medio curativo, un medio corrector y aunque no tan excelente como propagan algunos, el que más corrección consigue en los casos acentuados.

3.<sup>a</sup> El procedimiento ni es tan rápido como en un principio nos hicieron creer, ni es tan sencillo, sino bastante complicado y á veces molesto, pues muchos autores publican ya los medios de sustituir los fieltros por otros medios más humanos para hacer la corrección

(1) Véase el número anterior.

ción por las complicaciones que han producido, que seguramente serán mayores en nuestro clima.

4.<sup>a</sup> No debemos fiarnos de los éxitos publicados por muchos autores y testificados por fotografías, pues éstas se prestan á engaños que nosotros no debemos admitir.

5.<sup>a</sup> En vista de estas dificultades que hacen constantemente aparecer modificaciones en el método de Abbott, éste no se podrá tomar como definitivo y sí como el fundamento de una serie de trabajos que podrán llegar á perfeccionar los medios de corregir esta deformidad.

Como se ve, ya en aquella época desconfié del método, y hoy, después de observar la recidiva en la totalidad de los casos, la desconfianza ha llegado al máximo y no lo empleo.

Por otro lado, no estaba exento de peligros, puesto que su uso determinó con bastante frecuencia, por la manera de hacerse las compresiones, grandes escaras que fueron origen á menudo de casos de tétanos que inoculaban los fieltros, por lo que hubo que esterilizarlos antes de usarlos.

Este método fué modificado por Mackenzie, Forbes, de Montreal, Judet, de Paris, Ducroquet, que lo simplificó haciéndolo en posición sentado, así como Fentelais y Estor y por último Broca Houdié vuelven á la extensión de nuevo.

Todas estas modificaciones del método han ido dirigidas en su mayoría á que el tratamiento fuera más tolerable, pero en todas las recidivas son evidentes. Aunque en los primeros días que siguen al tratamiento se ve una notable mejoría, al poco tiempo se empiezan á torcer y reaparecen poco á poco todas las deformidades. Se comprende que así sea, pues cuando la deformidad ha determinado una anquilosis en la articulaciones de varias vértebras deformadas, esas anquilosis no se vencen y el enderezamiento se hace á expensas de las regiones superior é inferior á la lesión si aún queda en ellas flexibilidad, que si no, tampoco se consigue, de forma que es una especie de compensación forzada y falsa mientras dura el período de corrección; pero en cuanto cesa, vuelven las cosas á su estado primitivo puesto que nada de lo hecho ha modificado la principal causa de aquella mecánica racional, pero completamente anormal; esto sin contar con que el tratamiento postoperatorio sea el de la gimnasia especial, incluso la respiratoria, y que en resumen si sigue siendo el único que en ciertas condiciones de que ya nos hemos ocupado sirva de algo. Se comprenderá que no siendo estos procedimientos, á pesar de sus peligros y molestias, ni curativos ni aun siquiera correctores, no los haya desechado dadas mis ideas respecto al origen de estas lesiones que hoy van confirmando los modernos estudios. También se comprenderá que siendo un método que en los primeros momentos aparenta una corrección capaz de hacer concebir las más halagüeñas esperanzas de curación, haya quien unas veces de buena, otras de mala fe lo exploten. No terminan aquí las intentonas de aplicación de métodos de corrección, aunque con la falta de sentido clínico que



siempre los presidió, y véase la última intentona hecha por los que quieren hacer avanzar la cirugía sin contar con los conocimientos fundamentales de anatomía y fisiología patológicas, y á esto se debe el que alguien haya aconsejado nada menos que emplear el método de Albee ó de Hibs en esta deformidad, haciendo el injerto del trozo de tibia en la apófisis espinosa de las vértebras lesionadas, como hace el primero, ó el procedimiento de trincar esas apófisis para injertarlas en la inmediata inferior, como hace el segundo.

Como métodos correctores diré que en donde haya deformidades vertebrales y anquilosis, fracasarán más ruidosamente que el de Abbott, porque no pueden ni aun aparentemente vencer esos obstáculos, y nada digamos de que con ellos puedan desaparecer las causas del mal, pero sí puede que estos métodos cruentos lleguen á ser útiles en ciertos y determinados casos que no por ser muy excepcionales dejan alguna que otra vez de presentarse en la práctica. Me refiero á esas escoliosis de pura causa miopática en que una poliomyelitis lesionó gravemente las zonas medulares que animan aquellos músculos del tronco que están encargados de sostenerlo recto para que cumpla sus importantes funciones, resultando que, como pasa siempre en estas afecciones, esos músculos son atacados muy desigualmente, y mientras los de un lado suelen perderse por completo degenerándose, los del lado opuesto quedan lo bastante lesionados para no poder compensar ese grave defecto, y doblándose la columna sin que éstos puedan sustituir la falta de acción de aquellos, aun sometiéndose al esfuerzo enorme que concluye por aniquilarlos, en estos casos. ¿Quién duda que un injerto á lo Albee pudiera mejorar la situación y sustituir con la rigidez de la columna vertebral una de sus funciones más esenciales, aunque sea de manera tan defectuosa?

En estos casos no hay deformidades de vértebras ni anquilosis vertebrales que vencer, á no ser en muy excepcionales, en que las dos enfermedades se combinaran para inutilizar todos los esfuerzos del médico, en cuyo caso, ¿resolvería algo un médico que aumenta la anquilosis y no la vence dejando de atacar la causa? Ha llegado por fin la hora de hablar de un asunto completamente abandonado y al que yo di siempre la mayor importancia; me refiero al tratamiento general, al que ha de atacar al mal en su origen, al único camino por el cual creo que se podrá llegar algún día á la curación de las lesiones que producen estos trastornos. Es curioso cómo se han preocupado del tratamiento local todos los que de estas cosas se ocupan, teniendoles sin cuidado el origen de estas deformidades, y cómo se han contentado con las explicaciones tan poco razonables que hasta hoy se les dieron de tan esencial punto.

Si la escoliosis es sólo un síntoma de varias enfermedades, claro es que todos aquellos medios que sólo tiendan á combatir este síntoma fracasarán, más tarde ó más temprano, y así ha pasado hasta hoy, siendo ésta la explicación, sin duda, de que todos los procedimientos hayan resultado inútiles.

Cuando se trata de una insuficiencia de las glándulas de secreción interna, clara y manifiesta, el tratamiento no ofrece duda; así en un caso que yo hube de asistir hace muchos años, en el cual se trataba de una niña á la que se le había hecho una traqueotomía en condiciones especiales y que fué lesionada la tiroidea, se presentó una escoliosis bastante acentuada que se detuvo su marcha y se corrigió tan sólo con el reposo en decúbito supino y la administración del extracto de glándula tiroidea, pero hay casos en que la lesión es de varias de dichas glándulas, y dado el estado actual de nuestros conocimientos, es muy difícil acertar. El Dr. San Martín, mi inolvidable amigo y maestro, que asistió á los comienzos de estas investigaciones de la acción en el organismo de ciertas glándulas, explicaba el éxito por él obtenido en muchos casos de individuos que padecían tuberculosis óseas ó que estaban predispuestos, empleando la tintura de iodo al interior á grandes dosis, al estímulo que este medicamento producía en la regularización del funcionamiento de dichas glándulas. De él aprendí yo á emplearlo en dichos casos, y en verdad que jamás aprendí cosa más útil, porque en mi, ya por desgracia, larga práctica, no vi nada que respondiera tan bien á mis deseos y desde entonces nada he encontrado mejor, cosa que á nadie extrañará, tratándose de una observación clínica de aquel inolvidable maestro, que poseyó siempre, á más de su inmensa cultura, un talento clínico sólo reservado á los que como él empezaron su vida profesional siendo un gran médico y la concluyeron siendo un eminente cirujano.

El único inconveniente que tenía este medicamento era la forma de su administración por vía gástrica, que le hacía intolerable para muchos, lo que se ha olvidado con el nuevo modo de administración que hoy se emplea, con el cual, además de haberse aumentado sus buenos efectos, se han hecho desaparecer todas las molestias, incluso para aquéllos que peor lo toleraban.

Esta forma nueva de administración es la de vapores de iodo introducidos bajo la piel.

Al ver ésta tan brusca transición, alguien, y aun yo mismo, dudó de su acción, sospechando si aquellos vapores metálicos se condensarían en el tejido celular subcutáneo enquistándose, duda que desapareció en cuanto observamos la presencia del iodo en las orinas y los rápidos efectos notados en el estado general de los enfermos y los efectos admirables que en los niños que padecían lesiones pretuberculosas ó francamente tuberculosas se notaban, como D. Alejandro los notó siempre cuando lo administraba en forma de tintura de iodo por vía gástrica.

A mayor abundamiento, ahí están los trabajos que Bondreau publicó en 1914, en los cuales preconiza que el iodo, dado el estado actual de nuestros conocimientos, es el medicamento de acción más directa, específica y heroica, en la tuberculosis, recomendando que se eleve gradual y prudentemente su tolerancia hasta llegar á la administración de altas dosis, es decir, lo mismo que nuestro San Martín había dicho muchos

años antes sin que nos extrañaran estas coincidencias con las ideas que con tanta prioridad había emitido el Dr. San Martín á los que le conocíamos y sabíamos que antes de ser el eminente catedrático de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid, lo había sido tan extraordinario de la de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Cádiz, donde publicó obras tan notables como la de Física Terapéutica, que debieran tener más presente los que se dedican á la aplicación de estos medios, para no caer en el defecto de ser unos técnicos en el manejo de aparatos, sin tener en cuenta las enseñanzas de la clínica, y más los españoles, que tuvimos la suerte de tener á un San Martín.

Bondreau llegó á dar en la tuberculosis incipiente estableciendo la tolerancia hasta 350 gotas de tintura de iodo; yo le he visto llegar á D. Alejandro hasta 200 en un enfermo.

Toon Bird, Claude Saint Aubyn, Farrer y Dafour lo recomiendan igualmente basado en sus observaciones, y por último, en 1920 Suckhardt, Koch, Schoeder y Weiland publicaron sus investigaciones hechas en el Laboratorio de Fisiología de Chicago sobre estos asuntos demostrando que el iodo en vapores es absorbido por la piel y por las mucosas, puesto que después de su absorción se manifiesta en las orinas durante veinticuatro horas, y estas aplicaciones hechas en el perro han dado por resultado un aumento considerable de iodo en la glándula tiroides acompañado de alteraciones histológicas de dicha glándula. Queda, pues, demostrada la acción especialísima que el iodo ejerce en la tiroides y como consecuencia, habiendo la clínica observado que todas estas lesiones del esqueleto en los niños son precedidas de una insuficiencia de esta glándula y que se desarrollan en plena alteración de su más importante función, explica su acción específica en ellas y el éxito que hemos venido observando desde hace tanto tiempo en toda clase de lesiones del esqueleto de las que nos hemos ocupado.

Existe aún otro medio terapéutico de una acción tan beneficiosa y demostrada en clínica como lo ha sido la acción del iodo, que es la acción del sol, y que por haber publicado ya sus efectos en un reciente trabajo mío, en la ponencia que el Congreso Nacional de Medicina de Madrid de 1918 me encargó sobre «Los modernos tratamientos de la tuberculosis vertebral ó mal vertebral de Pott», no insisto por no alargar este trabajo, pero sí he de hacer constar de nuevo que los médicos españoles que por tener más facilidades que ninguno de los del resto de Europa para poder aplicar este heroico remedio contra todas estas lesiones, es precisamente, salvo honrosas excepciones, el que menos lo aplica y el que lo hace con menos conocimiento de su acción y de su sencillísima técnica. Bastará repetir una vez más que la acción del sol es directamente sobre la sangre, y que mientras mayor es la cantidad de ésta en el organismo que se pone en su contacto, mayor es su efecto; que la acción parasiticida de los rayos actínicos llega sólo á muy pocos milímetros dentro de la piel y, por lo tanto, sólo tienen esta acción en aquellas lesiones parasitarias extraordinariamente superficiales, y

que en las lesiones profundas como son las tuberculosis óseas y viscerales de nada sirven los baños locales que se empeñan en dar á sus enfermos, pues como la acción beneficiosa del sol es sobre la sangre, en los capilares más superficiales de la piel, mientras más superficie de ésta se ponga en su contacto, más cantidad de elementos de la sangre se expondrán á los rayos actínicos para su modificación.

Se comprende con esto que el baño de sol ha de ser prolongado y general á todo el cuerpo, pues no es la acción bactericida la que se busca en estos casos, sino la creación de defensas en el organismo contra las infecciones. Las que puede crear una exposición al sol de pocos minutos y solo de un trozo de piel de unos centímetros es tan escasísima, que no sirve absolutamente para nada. Además, la dosificación con arreglo á las condiciones especiales de cada caso y de cada enfermo es tan importante como en la administración de cualquier otro medicamento y, sin embargo, no suele tenerse en cuenta como se debe tener en buena clínica y así se explica que los excelentes resultados que algunos obtenemos con ciertos medios resulten un fracaso en la práctica de otros, todo por ese defecto de no estudiar detalles que resultan despreciables para los que se creen llamados á desempeñar misiones mucho más elevadas que son muy de admirar, pero que hacen pensar qué sería de estos pobres enfermos si no hubiera modestos médicos que nos dedicáramos á la observación de estas cosas tan menudas y triviales, pero que para ellos tienen más importancia que la curación del cáncer que no sueñan siquiera en que les pueda interesar algún día, creyendo, con un egoísmo muy humano, que su enfermedad es la más importante.

#### LA MEDICINA Y LA GUERRA (1)

### Nota sobre el tétanos localizado en los miembros

POR

E. CHAUVIN

Evacuado con el diagnóstico de lesión medular incurable, su parálisis flácida pareció transformarse al cabo de algunos días en paraplejia espasmódica. La herida operatoria se había transformado en una escara.

5 de Junio. — Cuando nos encargamos del servicio quirúrgico del hospital de Rolland encontramos al enfermo caquético. Echado sobre un colchón de agua, toda la región dorsolumbar convertida en una vasta escara, padecía septicemia crónica con fiebre irregular de grandes oscilaciones.

Paraplejia dolorosa de los miembros inferiores, retención urinaria por parálisis vesical, necesitando sondaje bicotidiano; incontinencia de las heces fecales.

Por la contractura muscular, los miembros inferiores se hallaban fijados en semiflexión, en abducción y rotación externa. El pie forma ángulo agudo con la pierna, los dedos están en posición normal, la rodilla

(1) Véase el número anterior.

doblada en ángulo recto, el muslo en semiflexión y rotación externa. Los dos miembros se hallan en posición idéntica. En algunos momentos crisis convulsivas, aisladas, repetidas á intervalos irregulares, pero frecuentes, poco acentuadas aunque muy dolorosas, agitando íntegras las extremidades abdominales.

A la palpación los músculos están contracturados y duos; existe un adelgazamiento enorme que dificulta reconocer la atrofia muscular; los reflejos son difíciles de estudiar porque la percusión despierta una especie de trepidación que se puede atribuir al comienzo de las sacudidas convulsivas.

Las extremidades torácicas y la cabeza presentan una movilidad completamente normal. Una larga escara poco infestada ocupa la parte inferior de la región dorsal y las regiones lumbar y sacra.

Viniendo el lesionado del centro de la neurología quirúrgica, achacamos los síntomas á la lesión medular expresada en la hoja de hospital, y pensamos que sea una lesión irritativa. Formulamos una poción calmante, y continuando muy vivos los dolores, inyecciones de morfina.

Por efecto de este tratamiento las contracturas ceden ligeramente; algunos movimientos pasivos vuelven á ser posibles; las sacudidas convulsivas se distancian, después desaparecen; el paciente sufre menos y puede dormir.

Del 20 al 25 de Junio los fenómenos espasmódicos se acentúan de nuevo.

28 de Junio.—La contractura inmoviliza completamente los miembros inferiores en la posición descrita; han reaparecido las sacudidas musculares, conservando su carácter doloroso. La existencia é intensidad de estas contracturas dolorosas, antes apenas apreciables, nos hace pensar en un tétanos parapléjico, que la generalización de las convulsiones viene á poner de manifiesto al día siguiente,

29 de Junio.—Trismo ligero, la nuca está libre. Las inyecciones de suero son hechas directamente en la vena (20 c. c.).

Se continúa el tratamiento por el cloral y la morfina.

30 de Junio.—Avanzado la caquexia, el paciente muere con trismo típico, pero sin rigidez de la nuca ni de las extremidades superiores.

Ha sido imposible comprobar por la autopsia la naturaleza de las lesiones medulares.

(Se continuará.)

## Periódicos médicos.

### SIFILIOGRAFÍA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Caso muy interesante de sífilis, no sólo por sus lesiones buco-genitales, sino además por los estigmas de heredo-sífilis que presenta.**—El Dr. Sicilia refiere el siguiente caso clínico:

Prostituta que ingresa en el Hospital con las siguientes lesiones: Extensas exulceraciones ó ulceraciones superficiales del tipo de chancros pseudomembranosos, con aspecto pultá-

ceo ó macerado de la superficie, ocupando toda la cara interna del labio menor izquierdo, aspecto abigarrado, gris blanquecino; otra ulceración más limitada sobre la región subclitoridea, también de mal aspecto, pero sólo destruye la capa epidérmica, gran edema elefantásico de los pequeños labios y de capuchón ó repliegues del clitoris, bastante duro para mantener rígido á modo de bastidores verticales las ninfas, en las cuales una presión algo marcada deprime hinchazón linfática ó blanca, muy frecuente en la sífilis, de extensos y superficiales chancros exulcerados y muy macerados, que ocupan sitios de mucosa fina, repliegues y donde se retienen secreciones que ensucian debido á la gran irritación, una obstrucción linfática inmediata que traen estas grandes pérdidas de substancia, con la particularidad, como aquí ocurría, que el desarrollo ganglionar es pequeño, estando cerradas ó cogidas en los grandes edemas; estas estaciones así como las inguinales, pues según las investigaciones de Gerota, anatómico italiano, son las que reciben la circulación vulvo-perineo-anal linfática. En todo el paladar blando y en la parte posterior del duro, extensa capa de eritema infiltrado, con exulceraciones secundarias, así como hay glositis superficial con fisuraciones en dorso lengua.

En la cara interna de ambos muslos, sobre todo en el derecho, hasta cerca de la rodilla, placas irregulares de parakeratosis psoriasiformes antiguas, liquenificación precisa en lado izquierdo. Como muy interesante los dientes claramente de Hutchinson, que presenta marcados, sobre todo en los inferiores, su muesca grande y antecedentes de abortos repetidos en su madre, á pesar de lo cual las lesiones son de aspecto primario, no acusando otras previas y por su profesión son contagiadas. Le prescribo lavado permanganato 1 por 1.000, seguido de toque acuo-alcohólico-glicerinado de azul de metileno-pícrico que es excelente en estos casos, por lo que cutifican y retraen piel bajande hinchazón y la pomada calomelanos-toques ácido crómico en garganta al 5 por 100 solo, pues siempre que hay lesiones muy blandas y exulcerados extensos deben ser flojos y aun sustituir por pícrico que epiteliza, más inyecciones benzoato 0,03 alterna. Gargarismos clorados que bastarán, pues los fuertes de Ricord, oxigenada deben dejarse para las grandes ulceraciones y gomas. Para la placa de infiltración superficial con descamación escasa y cuadrificada por la acentuación de los surcos cutáneos se manda una pomada de

Brea de haya.....	}	aa 5 gramos.
Aceite de enebro.....		
Resorbina n. <sup>a</sup> .....		35 »
Oxido blanco de zinc.....		10 »
Glicerina n. <sup>a</sup> .....		5 »

Hemos observado muchas veces la frecuencia que en las mujeres de la prostitución tienen estos primarios afectos de la sífilis en forma exulcerante y múltiple de gran extensión y cubiertas de una película sucia blanco-agrisada, como si fuera macerada, desprendida y arrollada después de la maceración, lo cual en unión con su asiento en las partes internas de la vulva donde más calor existe y en los surcos que envuelven los restos carunculares, sobre todo en las partes altas entre clitoris, meato y surcos labio-carunculares indican el papel de los factores regionales, probablemente mayor que el del mismo microbio, notando para mayor pureza la no existencia de supuraciones vaginales ó blenorragias, pues sabido es que en estas vulvas encharcadas por continuos y cáusticos flujos se pierde el epitelio, dando lugar á ulceraciones más profundas, aun más blandas, como cubiertas de trozos de mantequilla asentando más según mi experiencia en parte inferior y horquilla; creemos que la escasa resistencia de la parte más débil de estos terrenos es la

que explica que el treponema no pueda profundizar ni desarrollar sus típicos plasmomas ó durezas por macerar las primeras capas donde empieza su nefasta labor, y sería muy interesante hacer un cómputo de pronósticos para apreciar en qué casos se presentan los cuadros menos graves, si tras los chancros cerrados y duros ó abiertos y blandos, aunque creemos que en estos últimos es más fácil la destrucción y más difícil la reproducción, eliminándose muchos al exterior, por lo que posiblemente tengan menos gravedad, tanto más cuanto que la coagulación de la linfa y el cierre de canales y depósitos, hace que queden más acantonados los procesos, y finalmente porque su enorme desarrollo y molestias hace se fije más el paciente y el médico trata antes. (*Archivos Dermosifiliográficos*, Marzo de 1921.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Un caso de septicemia gonocócica pura.**—Weil y Colanéri refieren una observación de gonocemia, sobrevenida en la cuarta semana de una uretritis sin complicaciones locales. El enfermo, de veinticinco años, padecía al mismo tiempo sífilis, ya tratada. Los primeros síntomas no tuvieron ningún carácter especial. Era natural, sin embargo, pensar en una infección gonocócica generalizada; la hemocultura confirmó esta hipótesis. La curva térmica presentó tres décadas: en la primera, pirexia poco acentuada con débiles oscilaciones; en la segunda, fiebre continua, con brusco descenso que persistió tres días después de la abertura de un absceso de fijación; en la tercera, oscilaciones de gran amplitud. El pulso varió poco, siendo ascendente la curva representativa de su frecuencia. No se descubrió ningún síntoma de metástasis. Como tratamiento, que no dió resultado, fueron empleados el electrargol, los abscesos de fijación, el suero antimeningocócico y la autovacuna (los autores no pudieron proporcionarse el suero antigonocócico).

En la autopsia, ninguna lesión ciánica metastásica clara. A los casos raros dados á conocer por Thayer, Lazear, Krause y otros, debe sumarse este.—(*Le Bulletin Médical*, 23 de Abril de 1921).—L. P.

3. **¿El treponema pálido es el agente productor de la parálisis general?**—Marchand manifiesta que las diversas hipótesis ideadas para explicar la ineficacia del tratamiento específico en la parálisis general están en contradicción con los datos suministrados por la clínica y la anatomía patológica. Como resultado de sus observaciones é investigaciones llega á preguntar si el treponema, cuya presencia en el cerebro de los paralíticos generales no es constante, se hallará solamente con microbio asociado, estando producida la parálisis general por otro agente infeccioso, probablemente un virus filtrante é invisible, que se fijaría en la corteza cerebral, en la piamadre y en otras partes del neuroeje gracias á una preparación especial del terreno por otra infección anterior, generalmente sifilítica. Para formular esta hipótesis se apoya el autor en otros ejemplos de asociación microbiana, sacados de la medicina humana y de la veterinaria. Esta manera de ver explicaría la localización del treponema en el parénquima nervioso fuera de lesiones meníngeas y vasculares, la ineficacia del tratamiento específico y la presentación de la parálisis general en sujetos entre cuyos antecedentes es imposible encontrar la sífilis. (*Paris Medical*, 23 de Abril de 1921).—L. P.

4. **Estudio citológico y bacteriológico de una artritis por gonococos, tratada por el suero antigonocócico, por Lumiere y Deschamps.**—Tratábase de una artritis muy dolorosa y rebelde de la rodilla. Dos inyecciones intraarticulares de suero antigonocócico provocaron una exacerbación de los fenómenos locales; pero á los tres días de la se-

gunda inyección se vació la articulación por completo de su contenido. El examen del líquido obtenido al hacer la segunda inyección mostró que la fórmula citológica se había transformado bajo la influencia del suero, habiendo sustituido bruscamente la mononucleosis á la polinucleosis observada en todos los análisis anteriores; habían desaparecido, además, los gonococos, existentes hasta en el líquido. Después de la segunda inyección sobrevino la mejoría, curando la artritis en pocos días.

El examen citológico del líquido articular puede, pues, suministrar datos importantes acerca de la eficacia del tratamiento, sirviendo de guía para juzgar sus buenos efectos cuando éstos son enmascarados por reacciones locales tempestuosas. (*Le Bulletin Médical*, 23 de Abril de 1921).—L. P.

#### PEDIATRIA

##### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Sobre dos casos mortales de corea.**—El Dr. Mosquero ha presentado á la Sociedad de Pediatría, de Montevideo, una comunicación sobre tan interesante asunto; en ella recuerda las relaciones que se han señalado entre la corea y la encefalitis letárgica, sobre todo de las coreas febriles. Ya en 1918 había señalado la aparición de una pequeña epidemia de coreas, coincidiendo con los primeros casos de encefalitis letárgica. Ahora ha vuelto á observarse análoga concordancia. Refiere luego una observación recogida en su servicio hospitalario. Pertenece á un niño de once años, ingresado en Julio de 1920. Dos días antes de ingresar presentó agitación, en seguida diplopia, insomnio; estado general bueno; movimientos coreicos generalizados; movimientos mioclónicos al nivel de los abductores de los muslos y de los esternocleidoides; exageración de reflejos, reflejo patelar en eco.

La diplopia no persistía; no existían parálisis oculares. El líquido cefalorraquídeo contenía 13 elementos por milímetro cúbico; linfocitos, 50 por 100; glucosa, 0,64 gramos por litro; albúmina no aumentada. Se combate la agitación y el insomnio con cloral y veronal. Luego, sucede un estado de abotagamiento, sin llegar á la somnolencia. Al principio existía ligera ptosis de los párpados superiores, luego se hizo más marcada en el izquierdo. La temperatura alrededor de 37°; orina normal. Lentamente van desapareciendo los movimientos coreicos, la exaltación de reflejos y las sacudidas mioclónicas; existe ligera rigidez de la nuca y Kernig. Se le practican dos inyecciones de esencia de trementina en cada muslo, que no dan origen á pus sino muy tardíamente. La mejoría era manifiesta cuando reapareció la somnolencia, los movimientos mioclónicos, la fiebre, rigidez de la nuca, la exaltación de reflejos. Finalmente mejora y es dado de alta curado. Persistió, no obstante, el insomnio largo tiempo después de ser dado de alta. Menciona luego dos observaciones pertenecientes á enfermos que terminaron fatalmente.

Una niña de catorce años ingresó con una corea de mediana intensidad, sin exageración de reflejos, sin complicaciones cardíacas y con fiebre. Fué aislada en un box y se le dieron 2 gramos de hidrato de cloral por día. La intensidad de los movimientos coreicos fué en aumento, siendo necesario recurrir á la morfina. La conciencia estaba conservada. Se produjeron numerosas equimosis á causa de los golpes que se daba y á causa de la intensidad de los movimientos. El Wassermann fué negativo. Continuó con fiebre, estado toxiinfeccioso. A pesar de tomar 6 gramos diarios de hidrato de cloral y 2 centigramos de morfina, la agitación cedía poco. El líquido cefalorraquídeo fué normal. Se provocó un absce-

so de fijación con resultado positivo. Luego se notó en los miembros inferiores el tipo de corea blanda, con reflejo en eco del lado derecho; no existía Babinski. Continuó el estado infeccioso hasta que se produjo la muerte, cerca de dos meses después de iniciada la enfermedad. La autopsia sólo pudo hacerse parcialmente. Se comprobó una intensa congestión de la corteza cerebral; se halló pus espeso recubriendo la parte anterior del encéfalo. Los exámenes histológicos aún no han sido realizados.

El otro caso era el de una niña de seis años, sana hasta entonces, que contrajo un reumatismo articular agudo de aspecto benigno, seguido poco después de corea. Presentaba al ingresar una insuficiencia mitral ya constituida. La corea tomó rápidamente proporciones intensas; existía un estado toxiinfeccioso grave, con fiebre alta, exaltación de reflejos. A la incoherencia y violencia de los movimientos sucedió luego la impotencia muscular. La glucosa del líquido cefalorraquídeo alcanzó a 1 grado 35 por 1.000, no existiendo reacción celular. A pesar del tratamiento la muerte se produjo. A la autopsia se comprobó macroscópicamente una intensa congestión encefálica y la lesión mitral. (*Revista Médica de Uruguay*, Marzo de 1921.)

## APARATO DIGESTIVO

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tres casos de invaginación del intestino delgado por pólipos fibrosos intestinales, por Nandrot.**—En los tres casos se trataba de pacientes adultos, laparotomizados por accidentes de estrangulación intestinal, agudos en el primer caso y subagudos en los otros. Las tres veces se halló una invaginación ileo-ileal a poca distancia del ciego. La desinvaginación fué posible en dos casos. Habiendo percibido á través de la pared la existencia de un tumor, practicó el autor la resección del segmento afecto con anastomosis término-terminal inmediata. Curaron dos enfermos y murió uno. (*Journal des Praticiens*, 7 de Mayo de 1921).—L. P.

2. **Dilatación idiópática del duodeno, por Gregoire.**—Se trataba de una mujer de cuarenta y tres años, que desde la edad de diez y ocho padecía accesos dolorosos, más intensos á la derecha del vientre, los cuales habían sido tomados por crisis de apendicitis. La resección del apéndice no dió resultado. Los dolores eran poco intensos, pero continuos, acompañados ó no de vómitos. La enferma estaba muy demacrada. La intervención demostró que el estómago estaba normal. El duodeno, como se había apreciado antes por la radiografía, era enorme, alcanzando las dimensiones del colon. El yeyuno estaba también dilatado. En ningún punto existían obstáculo, retraimiento ni brida cicatricial. Se practicó una duodenoyeyunostomía en punto declive. El resultado fué excelente, desapareciendo los dolores y el estreñimiento. La causa de la afección quedó desconocida. (*Le Progrés Médical*, 30 de Abril de 1921).—L. P.

3. **La excreción intestinal del pigmento biliar después de la oclusión del conducto colédoco, por H. Roger y L. Binet.**—Se sabe que la bilis vertida en la cavidad intestinal por el conducto colédoco puede ser absorbida por el intestino y pasar á la sangre: es la circulación biliar denominada enterohepática.

En el curso de una colemia acentuada, á consecuencia de la actividad de las glándulas intestinales, ¿no podrá efectuarse el paso de la bilis en sentido inverso, desde la corriente circulatoria á la cavidad intestinal? Para comprobar esto, los autores han emprendido una serie de investigaciones, realizando experimentos en perros portadores de fistulas intestinales hechas según Thiry-Vella,

La inyección intravenosa de bilis no determina la eliminación biliar por la pequeña asa intestinal aislada más que en el caso de que se haga penetrar en ésta aceite de oliva.

La ligadura del conducto colédoco en un perro portador de un asa intestinal aislada ha sido seguida, hasta el décimo quinto día, de eliminación espontánea de bilirubina por las glándulas intestinales; pero era posible atraer la bilirubina antes de esta fecha haciendo llegar al asa intestinal suero fisiológico mezclado con aceite de oliva: el suero fisiológico solo no ejercía acción.

Por lo tanto, en el curso de una colemia provocada por inyección de bilis ó por ligadura del conducto colédoco, el aceite inyectado en el asa intestinal tiene la facultad de atraer la bilirubina; en el curso de una colemia intensa, y duradera, la bilirubina puede ser eliminada espontáneamente por el intestino. (*Le Bulletin Médical*, 16 de Abril de 1921).—L. P.

## NEUROLOGIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Algunas observaciones contrarias á la hipótesis syncytial de la regeneración nerviosa y neurogénesis normal, por S. Ramón Cajal.**—En este importante y trascendente trabajo del sabio histólogo español, cuya labor investigadora no disminuye afortunadamente, aunque por desgracia, en cambio, no sea tan conocida como fuera de desear, queda bien establecido el origen, crecimiento y multiplicación de los retoños nerviosos penetrantes en el cabo periférico de los nervios seccionados ó avulsionados, problema que realmente ha sido resuelto en los tres últimos lustros por las investigaciones del autor y otros autores españoles (Tello Ruiz Arcaute) y extranjeros (Lugaro, Perroncito, Marinesco etcétera), pero acerca del cual quedan todavía bastantes puntos sujetos á controversia. Sin pretender abordar en este artículo todo el complejo problema de la regeneración nerviosa, que será tratado como merece en la segunda edición de su libro (*Regeneración y degeneración del sistema nervioso*), Cajal sólo se ocupa en el trabajo que referimos, de examinar si conforme sostienen formalmente Nageotte y Marinesco, las fibras recién formadas son incapaces de caminar aisladas por la cicatriz, necesitando para su orientación un cauce preestablecido de conductos neuróglícos (*células de Schwann* proliferadas, ó *apotróficas* de Marinesco) ó si es lícito todavía admitir, disintiendo del dictamen de los referidos sabios, que los retoños marchan y se orientan por lo menos durante su fase inicial, con absoluta independencia de todo revestimiento ectodérmico. Reconoce Cajal que sobre los problemas fundamentales del proceso regenerativo y neurogénico, sus opiniones están de acuerdo ó casi de acuerdo con la *concepción syncytial* de Nageotte y Marinesco; las divergencias versan sobre la interpretación de algunos hechos secundarios que tampoco son absolutamente inconciliables, á condición de que la teoría del *syncytium* sufra alguna pequeña modificación. El histólogo español acompaña su trabajo de figuras muy sugestivas, copiadas de preparaciones que le han servido de base para disentir de la opinión de los autores de la hipótesis *syncytial*. Cree Cajal que el hecho de que investigadores de gran pericia técnica, asistidos de ciencia y experiencia neurológicas harto demostradas, sostengan interpretaciones improbables, obedece á la acción fascinadora de alguna hipótesis directriz que falsea y deforma la realidad objetiva, á la apariencia falaz de hechos fortuitos ó al empleo de métodos inadecuados. En la concepción del *syncytium* han concurrido las tres citadas influencias perturbadoras. La hipótesis reductura ha sido la *teoría catenaria*, que se refugia

ahora en la trinchera de la *cadena neuróglia* ó de corpúsculos de Schwann *syncytiales*. La insuficiencia ó impropiedad metodológica estriba en no haber explorado esta vez ó haber concedido escasa importancia á los fenómenos precoces de la regeneración del cabo central. Otro motivo de posibles equivocaciones ha sido la predilección excesiva otorgada por Nageotte al proceder de los cortes transversales, proceder falaz que entre otros inconvenientes posee el gravísimo de impedir discernir el origen de los retoños nerviosos y la procedencia de las vainas perifasciculares. Las conclusiones de Cajal son las siguientes: 1.<sup>a</sup> Tanto en el desarrollo ontogénico como en el proceso regenerativo de los nervios y centros lesionados, los primeros retoños ó neuritas penetrantes en los tejidos mesodérmicos (*axones exploradores* de Harrison) caminan libremente por los intersticios celulares. 2.<sup>a</sup> A cada fibra exploradora suelen juntarse en virtud del *estereotropismo recíproco*, otras varias, de igual dirección, con que se forman los haces neuríticos errantes por la cicatriz. 3.<sup>a</sup> Transcurridos algunos días (tres ó cuatro en el embrión de pollo, seis á ocho en el proceso regenerativo), aparece una membrana nucleada en torno de los fascículos nerviosos. El origen de sus elementos constitutivos es todavía desconocido en el embrión, no obstante las muchas investigaciones efectuadas para esclarecerlo. Durante el proceso regenerativo pudieran muy bien emanar, conforme aseguran Marinesco y Nageotte y hemos expuesto nosotros á título de plausible hipótesis, de las mismas células de Schwann proliferadas del cabo central. 4.<sup>a</sup> La citada vaina precoz representa verosímilmente el rudimento de la *membrana luminosa* de los nervios (*cubierta de Henle* en las fibras aisladas). A ella corresponde sin duda el *syncytium* tubular, coloreado por la hematoxilina ferruginosa y mostrado con más ó menos claridad por los métodos neurofibrilares. 5.<sup>a</sup> Transcurrido algún tiempo después de la lesión (seis días en adelante), ó del comienzo del desarrollo (después del 3.<sup>o</sup> ó 4.<sup>o</sup> día), también los axones aislados aparecen rodeados, salvo la excepción de las fibras tardíamente emergentes de un forro nucleado. 6.<sup>a</sup> La procedencia de las células de Schwann ó de las vainas individuales de cada tubo incluido en un haz, es problema todavía no resuelto definitivamente. Puede, no obstante, admitirse como hipótesis verosímil el mecanismo histogénico descrito recientemente por Nageotte (regeneración de los nervios). 7.<sup>a</sup> Los haces provistos de forro nucleado crecen en espesor (regeneración), como fascículos nerviosos incipientes (ontogenia), mediante el arribo de numerosas hornadas de axones tardíos, que, en virtud del homotactismo ó estereotropismo recíproco, se sirven de los estuches precozmente diferenciados. 8.<sup>a</sup> Estimamos todavía problemática la opinión de Nageotte, de que durante la regeneración nerviosa, con impedimento de la unión inmediata de los cabos, el *nervio neuróglia* precede siempre al *neurítico*. En nuestros preparados, siempre que los cordones ó *tractus* tubulares se presentan claramente diferenciados en la cicatriz ó cerca del cabo distal, encuéntrase en su interior neuritas tanto más numerosas cuanto más espeso aparece el cordón *syncytial*. 9.<sup>a</sup> La seductora teoría de Nageotte, cierta en muchos casos, á saber: que toda fibra nerviosa adulta con rumbo hacia su distrito terminal, yace separada del mesodermo por una frontera *syncytial* de origen ectodérmico, sólo alcanzaría la jerarquía de ley si se probara que todas las arborizaciones nerviosas (placas motrices, órganos músculo-tendíneos de Golgi, de Paccini, de Meissner, etcétera), hallanse rodeadas por formaciones oriundas del ectodermo. Nuestras recientes observaciones sobre la génesis de las terminaciones sensitivas y las más antiguas de Tello, parecen difícilmente conciliables con este dictamen. 10.<sup>a</sup> Los

resultados de las investigaciones de Nageotte y Marinesco son, en principio, según dejamos indicado más atrás, conciliables con nuestra concepción del mecanismo neurogénico normal y patológico, con tal de admitir que el *syncytium* se forma, no con anterioridad á las neuritas exploradoras, sino algo después, acomodándose á los haces nerviosos y concediendo además alguna mayor participación á los influjos neurotrópicos para explicar el crecimiento y orientación congruente de los retoños y haces aislados y su arribo al cabo periférico. Excusado es decir que con ello no pretendemos prejuzgar la fórmula fisicoquímica del neurotropismo, cuestión que sólo resolverán definitivamente las investigaciones bioquímicas del porvenir.—(*Trabajos del Laboratorio de investigaciones biológicas de la Universidad de Madrid*, tomo XVIII, fascículo 4.<sup>o</sup>, Marzo de 1921).—LUENGO.

#### EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Sobre un caso de polineuritis palúdica, por MM. Libersa y P. Razemou.**—Se conocen bastantes accidentes nerviosos ocasionados por el paludismo. Los autores describen detalladamente un caso de parálisis total de los miembros inferiores, alcanzando algo también á los miembros superiores, que desapareció con el tratamiento quínico asociado al mercurial, porque el enfermo tenía antecedentes específicos. La institución al principio de un tratamiento arsenical, provocó, según los autores, tres accesos sucesivos de paludismo que esclarecieron la etiología de la afección.—(*Gazette des Praticiens*, núm. 505, 1.<sup>o</sup> de Marzo de 1921).—LUENGO.

3. **Síndrome palidal.**—Con este título dan cuenta Dalsace y Monier-Vinard de un caso en el que se trataba de un hombre de sesenta años, que presentaba un síndrome pseudo-bulbar, caracterizado por disartria, disfagia y risa y llanto espasmódicos. A éstos trastornos acompañaban trastornos muy particulares de la motilidad general; las actitudes espontáneas ó provocadas persisten de una manera casi indefinida en todas las regiones musculares; hay abolición casi completa de los movimientos automáticos y asociados. Esta akinesia automática se asemeja por todos conceptos á la de los parkinsonianos. La fijeza de las actitudes y la abolición del automatismo motor contrasta en este enfermo con la integridad completa de la motilidad voluntaria. Según Ramsay Hunt, tal perturbación de la función motriz sería debida á una alteración estrictamente limitada al *globus pallidus*.—(*Gazette des Hôpitaux*, 23 de Abril de 1921).—L. P.

#### UROLOGIA

##### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Crisis dolorosas en el riñón móvil, por el Dr. Hartmann.**—Una mujer sufre desde hace seis ó siete años, crisis intermitentes de dolores vivos en la fosa ilíaca derecha, que podrían hacer pensar en la apendicitis; pero estas crisis acompañadas de vómitos, con dolores irradiados y el dolor más fuerte cuando la enferma está de pie, disminuyendo cuando se acuesta, hacen pensar más bien en un riñón móvil algo grueso. Verosímilmente, este riñón móvil es la causa de los accidentes, por acodamiento del uréter, que da lugar á crisis de hidronefrosis intermitente, con crisis dolorosas que recuerdan el cólico nefrítico, vómitos, sensaciones de vértigo, etc. Para confirmar el diagnóstico hay que hacer la separación de las orinas; el tanto por ciento de urea se encuentra disminuido en la orina del riñón del lado enfermo. M. Hartmann ha observado, en investigaciones practicadas en el hospital Lariboisière, que el riñón móvil sano, no acompañado de crisis dolorosas, ni de dilatación de la pelvis

renal, presenta un funcionamiento normal, mientras que en el caso de retención intermitente, la cantidad de urea en la orina está disminuída. Si el análisis químico de la orina con el separador muestra esta diferencia, se podrá concluir que el riñón móvil es la causa de los accidentes y se procederá á una nefropexia.—(*Journal des Praticiens*, núm. 10, 5 de Marzo de 1921).—LUENGO.

2. **Ausencia completa del aparato urogenital izquierdo, por L. Leroux y L. Cornil.**—Los autores presentan en la Academia de Anatomía una pieza anatómica de un individuo muerto de tuberculosis pulmonar, en el cual se descubrió por la autopsia la ausencia congénita del riñón izquierdo, así como de la vena, de la arteria renal, del uréter, del testículo, del canal deferente y de la vesícula seminal del mismo lado. La cápsula suprarrenal izquierda se hallaba en su sitio normal, lo que puede explicarse por su origen embriológico diferente.

Existía hipertrofia compensatriz, pesando el riñón derecho 280 gramos. (*La Presse Medicale*, 30 de Abril de 1921).—L. P.

## BIOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Un caso de tuberculosis cutánea en el caballo, por G. Lissot.**—Por la extrema rareza del hecho, da cuenta el autor de este caso. Presentaba el animal en la región umbilical un ligero edema, el cual adquirió proporciones inquietantes en pocas semanas. Decidida la biopsia, fué enviado un fragmento del tumor á Douville. El análisis reveló la presencia de células gigantes y de bacilos ácidosresistentes. La reacción por la tuberculina dió resultado positivo.

El animal fué cedido para el servicio de Patología de la Escuela de Alfort, la cual continuó las investigaciones. La inyección subcutánea de tuberculina y las reacciones de aglutinación y de desviación del complemento dieron resultado positivo. La oftalmorreacción y la intradermorreacción fueron negativas. En los cortes no se descubren bacilos ácidosresistentes; las inoculaciones á los conejos y cobayos, parece que dan resultado positivo. (*Journal des Praticiens*, 7 de Mayo de 1921).—L. P.

2. **Acción anafiláctica de las aguas minerales, por Arloing y Vauthey.**—La solución de bicarbonato sódico al 5 por 1.000, y las de Vichy Hôpital y Gran-de-Grille, inyectadas diariamente durante un cierto tiempo bajo la piel del conejillo de Indias, son capaces de atenuar ó de suprimir un shock anafiláctico sérico provocado por inyección subaracnoidea. Las dosis débiles (2 c. c. por día) carecen de acción desanaflactizante; las dosis de 3 á 4 c. c. dan resultados evidentes. Factor importante es también el tiempo durante el cual se practican las inyecciones: diez días, por lo general, son insuficientes; para que la acción desanaflactizante se manifieste parece que son necesarios veinte días.

La solución de bicarbonato sódico al 5 por 1.000 atenúa notablemente el choque anafiláctico, pero no le suprime. Las aguas de Vichy Hôpital y las de Vichy Gran-de-Grille poseen acción mucho más marcada: á dosis suficientes (de 3 á 4 c. c. por día) y suficientemente prolongadas (veinte días), atenúan considerablemente los accidentes anafilácticos ó los suprimen por completo. Estos efectos desanaflactizantes han sido obtenidos con aguas de Vichy transportadas é inyectadas veinticuatro horas después de ser tomadas en la fuente.

Después de las inyecciones hipodérmicas prolongadas de la solución salina citada y de las aguas de Vichy, la tensión superficial del suero sanguíneo del conejillo inyectado, como en el que sirve de testigo, presenta variaciones irregulares,

Su viscosidad, por el contrario, se halla manifiestamente aumentada después de las inyecciones, principalmente de las de agua de Vichy y, sobre todo, de las de Vichy Hôpital. (*Gazette des Hôpitaux*, 9 de Abril de 1919).—L. P.

## SISTEMAS NERVIOSOS

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Investigaciones experimentales acerca del virus de la encefalitis letárgica, por Levaditi, Harvier y Nicolau.**—El período de incubación de la enfermedad experimental en el conejillo de Indias se caracteriza por la fiebre, la leucocitosis con polinucleosis, la disminución de la resistencia globular y la marcha rápida del virus á lo largo de los nervios hacia el cerebro.

Un animal inoculado por escarificación corneana, contrae la encefalitis aun cuando veinticuatro horas después de la escarificación se extirpe el ojo.

El virus tiene marcada afinidad por las células nerviosas.

Algunas células contienen en sus núcleos los «neurocorpúsculos encefalíticos», comparables por completo á los corpúsculos de Negri.

Se sabe que el virus de la encefalitis inoculado en la córnea determina una queratitis intensa, seguida de encefalitis. Por el contrario, el virus rábico, inoculado de la misma manera, produce en el conejo la rabia sin que el virus engendre la más leve queratitis.

Las propiedades neutralizantes del suero de los convalecientes de endocarditis aparecen manifiestas cuando se utiliza para evidenciarlas la vía intraocular y, sobre todo, la vía corneana.

Los animales inoculados en la córnea con una mezcla de virus y de suero de convalecientes no padecen queratitis y sobreviven, al contrario que aquellos que son inoculados con virus y mezclado con suero normal (queratodiagnóstico).

El suero de un carnero preparado por inyecciones subcutáneas de emulsiones cerebrales virulentas presenta propiedades neutralizantes del virus *in vitro*.

Los anestésicos (cloroformo, éter, cloral) exageran manifiestamente el poder patógeno del virus inoculado por vía cerebral.

El virus es activo, aunque se diluya al milésimo en agua salada; se conserva tres meses en leche, á la temperatura de la habitación; no parece ser difusible.—(*Gazette des Hôpitaux*, 9 de Abril de 1921).—L. P.

2. **Lesiones del sistema nervioso en las infecciones por anaerobios, por P. Van Gehuchten.**—Anders ha descrito lesiones profundas del sistema nervioso en sujetos que habían sucumbido, después de estar enfermos algunos días, á consecuencia de gangrena gaseosa producida por el bacilo *perfringens*. Fraenkel y Wohlwill, por el contrario, en las investigaciones experimentales hechas en el cobayo, no han encontrado ninguna lesión después de una supervivencia de veinticuatro á cuarenta y ocho horas.

Van Gehuchten ha repetido estas investigaciones en cobayos con cultivos puros de bacilos *perfringens*, de vibrión séptico ó de bacilos *histolitiens*. En los casos de evolución rápida (menos de dos días), las lesiones son muy pequeñas y se traducen por muy ligera cromolisis. En los casos de evolución más lenta (de dos á cinco días) las lesiones celulares son un poco más profundas (cromolisis parcial, ligera reacción neurológica), sin ser suficientes para que pueda atribuirse la muerte á una parálisis del sistema nervioso. Es posible que en los casos observados por Anders se tratara de infecciones microbianas mixtas. (*Le Bulletin Médical*, 16 de Abril de 1921).—L. P.

## MEDICINA

## EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El paludismo congénito, por el Dr. Piet.**—Numerosos autores admiten la existencia de un paludismo congénito, que no se manifiesta exclusivamente por algunos accesos febriles que se extinguen en seguida rápidamente; el parásito se conserva vivo en el bazo del pequeño enfermo, produciendo de vez en cuando accidentes larvados ó frustrados durante largo tiempo. Buen número de traetornos ó de afecciones febriles deben ser atribuídas (en los sitios donde exista endemia palúdica) al heredo-paludismo. El paludismo congénito comprende sobre todo los trastornos distróficos que recuerdan los del paludismo terciario, y á veces, accesos febriles análogos á los del paludismo secundario; nunca se observa el paludismo primario; el niño que ha adquirido el parásito en el útero, es ya un «palúdico antiguo», cuando viene al mundo. Los primeros síntomas no aparecen hasta el trece ó el diez y nueve día; los accesos francos típicos son raros; los accidentes larvados ó frustrados son más comunes; los primeros, bastante claramente febriles; los segundos, casi apiréticos. Se podrían clasificar unos y otros en tres formas principales: *formas herpéticas, formas digestivas y formas nerviosas*. Las primeras consisten sobre todo en erupciones variadas sin causa aparente; se observa la aparición espontánea de vesículas en los miembros, erupciones eczematosas en el pliegue del codo, eritemas perianales, etc. Los trastornos digestivos se traducen ante todo por una modificación de las heces; son de olor ácido y se vuelven verdosas en contacto del aire; más adelante el niño presenta síntomas dolorosos de vientre y se dice que tiene cólicos. En las familias nerviosas, el niño duerme poco, está continuamente agitado, sin cesar de gritar y sin que sea posible conocer la causa. Todos los sedantes resultan ineficaces, pero si se administra la quinina, la calma es completa al cabo de unos tres días. El diagnóstico de todas estas formas se hace principalmente por el modo de evolución; principio en la noche ó por la mañana, remisión después del mediodía; en los casos dudosos, el tratamiento por la quinina sirve de piedra de toque. Hay que dar dosis bastante fuertes para obtener buenos resultados 0,25 gramos de clorhidrato de quinina, ó 0,35 gramos de euquinina en las veinticuatro horas. El heredo-paludismo prolonga sus efectos hasta la segunda infancia y aún más allá si no se trata convenientemente. En el curso de los dos primeros años, el heredo-paludismo toma la máscara de la atrepsia; en la segunda infancia, la del raquitismo. De vez en cuando se observan accesos febriles serios, lo más frecuentemente larvados; la diarrea á veces coleriforme y la congestión pulmonar son las manifestaciones ordinarias del paludismo infantil (Comby) ya adquirido ó del congénito. La diarrea de origen palustre es particularmente frecuente en el período de actividad malárica del final del verano, mientras que la diarrea verde y la diarrea infecciosa coinciden más bien con los grandes calores. La congestión pulmonar es más frecuente del mes de Octubre al mes de Junio. A fuerza de repetirse, las manifestaciones del paludismo congénito conducen á un estado morbozo crónico, que puede afectar dos formas: la escrófula (que una vieja tradición liga á las fiebres intermitentes) y el artrismo. A este trabajo acompañan algunas citas bibliográficas.—(*Journal des Praticiens*, número 10, 5 de Marzo de 1921).—LUENGO.

2. **La eserina en el tratamiento de las taquicardias.**—Lian y Velti han empleado el sulfato de eserina, á dosis de 1 á 3 gránulos de á miligramo por día, en 11 casos de taquicardia permanente, que parecían provenir de hipertonia simpática. Bajo la influencia de esta medicación la mayor

parte de los enfermos experimentaron una disminución ligera ó pronunciada, de sus palpitations; en otros se observó también una atenuación notable del insomnio y de la excitabilidad nerviosa. En algunos casos, solamente se apreció por el conveniente examen una disminución del número de contracciones cardíacas. No son de despreciar, por modestos que sean, estos resultados, porque en tales casos ni el bromuro ni la valeriana ni los demás remedios suelen producir sedación. Se comenzará administrando un miligramo diario, observando si es bien soportada la eserina antes de duplicar ó triplicar la dosis: á veces se presentan sensación de mal-estar, dolor precordial y somnolencia. (*Le Bulletin Medical*, 23 de Abril de 1921).—L. P.

3. **La desigualdad pupilar y el diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar, por R. Sargent.**—La noción de la desigualdad pupilar en las afecciones pleuro-pulmonares es clásica (trabajos de Roger, Chaufard, Loederich, Souques y otros). El autor, que la ha estudiado particularmente en la pleuritis apical, dice:

La midriasis unilateral producida por irritación del simpático es importante, sobre todo para el diagnóstico de las lesiones apicales recientes y evolutivas. Cuando se la investiga sistemáticamente, es mucho más frecuente de lo que se cree. Juntándose á otros síntomas, como el dolor del vértice á la presión, la adenitis subclavicular y las rugosidades pleurales, constituye un síndrome de gran valor semeiológico. Por lo general, se manifiesta antes que los otros elementos de este síndrome. Era, pues, interesante averiguar si podía ser provocada experimentalmente por instilación de un colirio, instilado á dosis iguales en ambos ojos y capaz, como la atropina, de hacer manifiesta una desigualdad pupilar todavía latente.

Ha investigado la midriasis provocada en pacientes con heridas del pecho, en los que existía un cuerpo extraño en el mediastino, como había hecho antes Cantonnet.

Los resultados que ha obtenido confirman los de aquél, demostrando claramente el valor semeiológico de la desigualdad provocada y confirmando la veracidad de la hipótesis acerca de su origen.

Cree que la midriasis provocada se encuentra llamada á prestar los mayores servicios en fisiología clínica, aportando una confirmación precisa á un diagnóstico aún dudoso. (*Le Bulletin Médical*, 16 de Abril de 1921).—L. P.

## CIRUGIA

## EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Castración ovárica y tumor inoperable de la mama, por Reynés.**—Fundándose en los trabajos de Beatson, de Glasgow, diversos cirujanos han practicado la extirpación de los ovarios en el cáncer inoperable de la mama; el autor da cuenta de un caso operado por él, en el cual fué muy favorable el resultado obtenido. Tratábase de un tumor canceroso muy extendido, con adenopatías voluminosas y ulceraciones del pecho izquierdo. En vista de la inoperabilidad del tumor y de que la mujer estaba aún reglada, se practicó la castración ovárica bilateral. A los ocho días la regresión del tumor era ya notable. A los dos meses era muy manifiesta la mejoría, que aún siguió acentuándose.

Este hecho, dice el autor, demuestra las relaciones que existen entre el ovario y la mama, así en el estado normal como en el patológico. Las deducciones que se desprenden contradicen el origen parasitario de los cánceres mamarios. Los resultados de la ovariectomía son especialmente manifiestos en las mujeres que tienen aún el período catamenial. Podría intentarse la castración por los rayos X. (*Le Concours Medical*, 24 de Abril de 1921).—L. P.

# 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.

#### Municipaldías.

Para nadie puede pasar inadvertido el pleito, ó mejor dicho, la contienda entablada entre el Ayuntamiento de Madrid y la Dirección General de Seguridad. Esta última, al entrar en un nuevo período de su actividad, acude con enérgica mano á poner remedio en abusos, deficiencias y escandalosos descuidos, que hacen de Madrid, desde hace muchos años, el pueblo más grande en extensión y vecindario, pero el más descuidado en administración municipal, de cuantos constituyen la *Mancha* central de España. El Ayuntamiento, fiel al españolísimo sistema del perro del hortelano, se alarma por que alguien acuda á evitar que las gentes sean atropelladas en las calles, que la moral menos meticulosa se indigne ante el consentimiento de obscenidades repugnantes, y teme, claro está, que la gestión ajena perturbe el disfrute de la provechosa tranquilidad que tales consentimientos significan.

A nosotros no nos incumbe, más que como á individuos que aman su piel y á personas que estiman la moral pública, lo que sucede en el tránsito de la vía pública ni en las dulces y protectoras penumbras de los cinematógrafos. La primera parte con confesarnos á diario y resignarnos á lo que quiera hacer de nosotros el primer cochero sin domesticar, ó el primer señorito conductor de un auto á quien le tenga sin cuidado atropellarnos, y con impedir que nuestras mujeres y nuestras hijas vayan á los cinematógrafos penumbrosos, todo lo tenemos arreglado. Pero hay otra porción de cosas que importa señalar y que, ya puesto el Sr. Millán de Priego á corregir con la acción supletoria de la Administración Central las deficiencias de la tradición viciosa de nuestro Concejo, pudiera ver si las pone remedio; porque ellas interesan con acción muy inmediata á la salud pública. Citaremos hoy dos solamente como ejemplo.

Es la una de ellas el empleo de los coches abiertos para el servicio público. Conveníase en uno de estos días en una reunión de médicos de los de más numerosa clientela de Madrid, en que en la mayoría de los casos agudos y de exacerbaciones transitorias de los crónicos, que en estos días se observan, figura como causa inmediata el uso de los coches

abiertos. No hay para qué explicar el mecanismo de esta acción: á la salida de un teatro, de las Cámaras, de los locales de oficinas, Bancos, etc., ó después de marchas y paseos en que el cuerpo entra en actividad y calor, si se siente la necesidad ó la urgencia de usar de un vehículo, no se encuentra ni uno solo, cualquiera que sea la hora del día ó de la noche, en que poder cobijarse de la humedad de la lluvia y de la acción del frío, naturalmente aumentada por la velocidad del coche. El enfriamiento es cosa segura; pero el empresario y el concejal que lo consiente se frotarán las manos porque su lucro ó su comodidad resultan beneficiados por el menor peso del cochecillo, que ya cuando cerrado, defiende incompletamente de las intemperies y desagradados del tiempo. ¿Pero quién se mete con esos señores cocheros empresarios, verdaderos é incondicionales amos de Madrid, que culpan á los infelices que van en el pescante de todas las irregularidades de lo que ocurre, cuando ellos son los que obtienen el provecho de ellas?

El segundo punto sobre el que muchas veces hemos llamado la atención del Ayuntamiento, perdiendo el tiempo lastimosamente con nuestro empeño, es el relativo á los evacuatorios ó columnas urinarias. Desaparecen éstas de día en día de todas las calles y plazas, y las pocas y contadas que quedan, se conservan en condiciones tales de suciedad, que el infeliz que necesita usarlas, tiene que hacer un verdadero esfuerzo para vencer su repugnancia. ¿Cree el señor alcalde de Madrid que esto es indiferente para la salud? Pues pregúntele á los especialistas de las afecciones de vías urinarias y ellos le podrán transmitir las quejas que á sus desgraciados clientes oyen, y le explicarán el mecanismo de la producción de multitud de enfermedades que por la retención forzosa del desempeño de una función natural se producen. Pero... los propietarios..., ¿cómo negar que una finca que se encuentre á 20, 30 y aun 200 metros de un *evacuatorio*, pierde de valor?

Medrados estamos con este Ayuntamiento de Madrid, que de todo se compone, menos de madrileños y de personas nacidas y acostumbradas á vivir en grandes poblaciones.

DECIO CARLAN

## REMITIDO

Sr. Director de EL SIGLO MÉDICO.

Muy señor mío y distinguido compañero:

Continuando el Sr. Almarza su campaña de difamación contra mí, y pareciéndole estrecho campo para verter sus injurias el que le ofrecen las páginas del *Boletín de los Titulares*, ha buscado las de EL SIGLO MÉDICO para publicar un artículo que, como los demás que lleva escritos, sólo he de calificar de torpe y desdichado, ya que en todos hace blanco exclusivo de su furia á quien le probará tanto en la prensa médica, como ante los Tribunales de justicia, que sus acusaciones constituyen una sarta de calumnias, á las que sólo pueden dar crédito aquellas personas cuya inteligencia estuyese cegada por la ira, el odio ú otra pasión bastarda. Si no lo tocara de cerca, me resistiría á creer que la ofuscación de ese hombre lo lleve al extremo de no ver lo falsa de su posición, la fragilidad de sus argumentos y la transparencia de un asunto que trata de tergiversar caprichosamente á impulsos de sus miras particulares.

No para dar explicaciones al Sr. Almarza, que será llamado á darlas oportunamente, sino á los que me hagan el honor de leer estas líneas, me permito solicitar de usted las columnas de su prestigiosa revista, para presentar en ellas las cosas con tal suerte de claridad, que no quedará un átomo de duda ni aun en los más obcecados partidarios de tan respetable señor.

Con el fin de ser lo más breve posible me expresaré en forma de conclusiones comprobables: unas, por el sentido común; otras, por los documentos existentes en el Colegio Médico de Sevilla, y las restantes por el testimonio de los médicos de esta capital y su provincia y aun de todos los de España:

1.<sup>a</sup> Los acuerdos de una colectividad, como el Colegio Médico de Sevilla, no puede considerarlos nadie, en buena lógica, como impuestos por la voluntad de su presidente, que tampoco puede ser responsable moralmente de resoluciones adoptadas por una agrupación de hombres conscientes, libres y honorables, las que aquél se limita á aceptar ó rechazar con su voto, pero que si son aprobadas por la mayoría, debe autorizar con su firma en documentos oficiales.

2.<sup>a</sup> Los médicos de Sevilla y su provincia no son de los que colectivamente se someten á las imposiciones de ningún cacique médico ó político, cosa que sabe mejor que nadie el Sr. Almarza; pues no ha olvidado, como lo prueba el odio que nos tiene, que los médicos sevillanos fueron los primeros en rebelarse hace muchos años (yo era todavía estudiante de Medicina) contra sus pequeñeces al frente de la Junta de Gobierno y Patronato de los Médicos Titulares.

3.<sup>a</sup> Que en el asunto de La Luisiana el Colegio Médico de Sevilla, como se verá, procedió con la rectitud, elevación de miras y espíritu de compañerismo de que tantas pruebas tiene dadas.

4.<sup>a</sup> Y ahora lo aplastante, lo definitivo, lo que no tiene vuelta de hoja, pues hace resaltar de un modo evidente que yo no tuve intervención, ni aún remota, en ninguno de los tres expedientes de que fué objeto el médico del referido pueblo, ni en su separación del cargo de titular decretada por la autoridad gubernativa, es lo que sigue: durante toda la tramitación de tan lamentable asunto, así como algunos meses antes y muchos meses después, me hallaba en cama sufriendo, entre otras cosas, un desprendimiento de retina.

Como á pesar de mi estado y de mi condición de dimisionario, igual que toda la Junta de gobierno del Colegio, tenía que figurar de presidente hasta la renovación, que sólo po-

día verificarse en la fecha marcada por los estatutos, no pudiendo leer ni escribir, ni teniendo el ánimo para nada, había autorizado al encargado de las oficinas del Colegio, don José Caballero, para que colocase mi nombre al pie de todos los documentos oficiales sin necesidad de darme conocimiento de ello. Mi confianza en este empleado, en el Dr. Blas Tello que llevaba la dirección efectiva del Colegio, y en los demás individuos de la Junta, era absoluta.

Tenía seguridad que jamás habrían de hacer uso indebido de mi nombre. Este hecho les hará comprender á los lectores de EL SIGLO MÉDICO la cantidad de cacique que fui con relación á mis amigos, que, no sólo estaban en libertad de proceder con arreglo á los dictados de su conciencia, sin necesidad de consultarme, sino que contaban á priori con mi humilde apoyo para todas sus determinaciones.

5.<sup>a</sup> Como se deduce del anterior, durante toda la tramitación del asunto de La Luisiana actuó de presidente efectivo del Colegio el Dr. Blas Tello, á quien la Junta de gobierno concedió un voto de confianza para resolverlo.

Usando de éste marchó al indicado pueblo, donde consiguió se diera por terminado el segundo expediente instruido al médico titular Sr. Ordóñez, mediante un compromiso firmado por éste, el alcalde y el Dr. Tello, cuyas cuatro cláusulas copio á continuación:

1.<sup>a</sup> El médico se obliga á cumplir exactamente las obligaciones estipuladas en su contrato con el Ayuntamiento.

2.<sup>a</sup> Por el señor alcalde se propondrá al Cabildo, en vista de este acta, se dé por terminado el expediente instruido al médico titular Sr. Ordóñez dejando sin efecto lo actuado.

3.<sup>a</sup> Que en caso de faltar el médico á estas bases, el Real Colegio Médico prestará á este Ayuntamiento todo su apoyo para la corrección correspondiente, como recabaría del excelentísimo señor gobernador el cumplimiento por parte del Ayuntamiento de sus obligaciones, si bien dándole el tiempo prudencial que la marcha administrativa exige.

4.<sup>a</sup> Por los señores alcalde y presidente del Real Colegio Médico se dará cuenta á las respectivas corporaciones, sometiendo á su aprobación este acta, extendida por triplicada; se unirá una al expediente, otra se remitirá al Real Colegio Médico y otra al Sr. Ordóñez Herrero.

Y se dá por terminada la presente, que firmamos los circunstantes, Modesto García, José Ordóñez, Blas Tello.

Es decir, que el Ayuntamiento aceptaba el no continuar el expediente contra el médico titular, porque éste se comprometía previamente á cumplir con su deber, de lo que resultaba que, si el médico faltaba á este compromiso, el expediente se ponía en marcha de un modo automático. Y esto fué lo que sucedió, en efecto, pues con fecha 30 de Abril siguiente recibió el Sr. Tello un oficio del Ayuntamiento de La Luisiana, que copiado al pie de la letra dice así:

«Alcaldía constitucional de La Luisiana. Negociado de Sanidad, número 1.577.

En comunicación de esta fecha y número precedente, digo al señor Inspector de Sanidad lo siguiente: Tengo el honor de participar á V. S. que no obstante haber amonestado particular y reservadamente al médico de esta villa, D. José Ordóñez Herrero, en 16 del que fina, del que dí conocimiento á V. S. en oficio número 1.562, continuando la falta de cumplimiento y abandono, con grave perjuicio de los vecinos, se acordó por el Ayuntamiento en sesión ordinaria de 26 del mismo mes la instrucción del correspondiente expediente, y por si no fuesen suficientes los hechos anteriores, en 28 de igual mes se ausentó para Sevilla, según me informan después, no regresando hasta las catorce de hoy, sin que hubiera médico alguno que le sustituyera ni haber dado á la Alcaldía conocimiento de su marcha, ocurriendo el 29 el

fallecimiento de un individuo sin poder tener asistencia facultativa, y es el segundo caso en doce días.

Todo lo que tengo el honor de comunicar á V. S. para conocimiento del ilustre Colegio de su digna presidencia, á los efectos que en su día procedan. Dios guarde á V. S. muchos años.

La Luisiana, 30 de Abril de 1919.—Señor presidente del Real Colegio Médico de Sevilla.»

Esta denuncia, por desgracia para el médico, no podía ser más exacta y la casualidad vino á convertir al doctor Tello en el mayor testigo de cargo, pues en los días á que se refiere tuvo ocasión de encontrar al Sr. Ordóñez Herrero en Sevilla en dos distintas ocasiones y en estado que me reservo; la primera en un círculo de recreo de la calle O'Donnell, núm. 7, y la segunda en la puerta del estanco que en la plaza de Europa posee el practicante de la Beneficencia provincial D. Virgilio Fernández.

Como se habrá notado por el anterior documento, ya el Ayuntamiento de La Luisiana había continuado el expediente al Sr. Ordóñez usando del derecho que le concedía el compromiso suscrito por éste, en unión del alcalde y el Dr. Tello. Algunos días antes de esto recibió también el doctor Tello el siguiente oficio del señor inspector de Sanidad, que reproduce el Colegio Médico de Sevilla en su contestación al Sr. Almarza, y que lleva á éste á la afirmación de que yo llamo beodo al Sr. Ordóñez, pues se ha empeñado en suponer que yo he redactado la contestación de referencia:

«Inspección provincial de Sanidad de Sevilla, núm. 475.—Con esta fecha me comunica el señor alcalde de La Luisiana, que el médico titular D. José Ordóñez Herrero continúa sin prestar asistencia, teniendo abandonada la aldea de Cañada Rosal, y de haber dado cuatro escándalos en completo estado de embriaguez, faltando con ello al acta suscrita con asistencia de esa presidencia como término del expediente instruido, y repitiéndose los hechos, creo con urgencia que por V. S. se ordene la formación del necesario expediente para depurar los hechos y que pueda imponerse el oportuno correctivo, dando cuenta á esta Jefatura de Sanidad del resultado del mismo, para proveer en su vista. Dios guarde á, etc.—Sevilla, 21 de Abril de 1919.—Firmado y rubricado, Dr. Laborde.—Señor presidente del Real Colegio de Médicos.»

Como podrán notar los lectores de EL SIGLO MÉDICO, yo soy yo quien acusa de beodo al Sr. Ordóñez, sino el inspector provincial de Sanidad. Tampoco hice en la vida á dicho compañero el más leve daño, y en cambio el Sr. Almarza, en su furor contra los Colegios, se lo está haciendo incalculable, pues si no hubiera calumniado al de Sevilla, no hubiese éste tenido que argumentar con hechos que quedaron reservados en el seno de la corporación. Muy claro lo dice el Dr. Orellana, secretario de la sección profesional en el dictamen que dió sobre el asunto y que reproduce el Colegio en su contestación. He aquí las palabras:

«Asimismo esta sección hace presente á la Junta que no detalla los extremos del aludido expediente, que obra en secretaría, por no dejar consignados en documentos oficiales que lo perpetúen tan vergonzosos testimonios.»

Pero hay todavía en esta enojosa historia un detalle que revela cómo todo lo ocurrido es completamente al revés de lo afirmado por el Sr. Almarza.

Un día, al enterarme de que el titular de La Luisiana no tenía salvación por las pruebas abrumadoras acumuladas contra él, traté, haciendo el sacrificio de levantarme enfermo de la cama y con los ojos vendados, de intentar algo en su favor, y asistí á una reunión á la que fueron invitados los vocales rurales del Colegio, en la que convinimos en abrir

una información, á pesar de que en dicho acto probó el doctor Tello la exactitud de todas las denuncias. Yo volví á meterme en cama, hasta que un día supe que el Ayuntamiento, con arreglo al documento cuyas cuatro cláusulas he reproducido, siguió el expediente con intervención del inspector provincial de Sanidad y del gobernador civil, que ordenó la separación de su cargo del médico titular.

6.<sup>a</sup> Pregunta en su artículo el Sr. Almarza: «¿Ha habido en Sevilla alguna Asamblea para tratar del expediente de La Luisiana? ¿Saben que es cierto cuanto el Sr. Centeno afirma del Sr. Ordóñez? Si es verdad eso que ahora nos cuenta el Dr. Centeno, ¿por qué no lo dijo en aquél informe en cierto modo reservado; no que se lo calla y ahora, después del tiempo transcurrido, se sale afirmando que el titular de La Luisiana es un beodo?» Espero que los lectores de EL SIGLO MÉDICO quedarán satisfechos de la contestación. Para responder á las dos primeras reproduzco del libro de actas del Colegio lo siguiente: «Junta general extraordinaria celebrada el día 8 de Diciembre de 1918. Se da lectura á un acta levantada en el pueblo de La Luisiana, referente al asunto de su médico titular, Sr. Ordóñez, acordándose pase á dictamen y resolución de la Junta de Gobierno, cuyo fallo acata de antemano el Colegio.» Esta sesión fué presidida por el Dr. B'as Tello. A la tercera pregunta sólo tengo que observar que nada tenía que explicar en ningún informe quien como yo no los había redactado ni había intervenido para nada en el asunto á que el informe se refería. Todos los documentos relacionados con el caso de La Luisiana fueron redactados por el secretario de la sección profesional, Dr. Orellana, que lo hizo con la concisión que estimó conveniente, la Junta de Gobierno los aprobó y al pie de ellos se puso mi nombre, para lo que estaba autorizado, como digo antes, el encargado de las oficinas, Sr. Caballero.

7.<sup>a</sup> Afirma el Sr. Almarza en su artículo, que yo soy el autor de la contestación del Colegio Médico á su manifiesto, y que las 132 firmas de médicos rurales de esta provincia que figuran al pie de la misma, las he puesto sin conocimiento de los interesados. El buen señor no acierta ni por casualidad. La contestación del Colegio fué acordada en la sesión general celebrada el día 15 de Enero del presente año, á la que asistieron, además de los médicos de Sevilla, 30 médicos rurales, procedentes de todos los distritos, cuyos nombres figuran en acta. Dicha contestación fué escrita y leída por el secretario de la sección profesional, Dr. Orellana, y aprobada por todos los asistentes, excepto por mí, que me abstuve de intervenir en el asunto. A propuesta del Dr. Tello, se acordó que aquella se publicara en toda la prensa profesional, para lo que el presidente, Sr. Hernández, envió previamente una copia impresa á todos los médicos rurales de la provincia, rogándoles en carta que si estaban conformes con la contestación la suscribieran colocando su firma en un boletín dispuesto al efecto. En el archivo del Colegio Médico están á disposición del que quiera verlos y contrastarlos los boletines que vinieron firmados, cuya cifra, unida á la de los 30 rurales asistentes, dá la de 132 médicos rurales que figuran al pie de la misma. No se quiso que firmaran los de la capital, por tratarse de cosas del Sr. Almarza, que no quiere tener relaciones más que con los médicos de partido.

8.<sup>a</sup> Me acusa también de haber procedido como el más ruin de los caciques, porque á los demás individuos de la Junta de Gobierno y Patronato envié una carta igual á la que él leyó al Dr. Decref, que es el ilustre médico de Madrid á quien alude en su artículo. Nadie más que el Sr. Almarza verá aquí caciquismo, sino equidad. A todos por igual pedía rectificación, y si en las localidades donde residen hubiese tenido amigos como en Madrid, con ellos les habría remitido

las cartas. Como no los tenía, hube de utilizar el correo. En todas ellas, que eran iguales, decía y lo repito hoy, que tengo el convencimiento de que si los señores de la Junta han suscritto un manifiesto en el que se me injuria, es porque creyeron de buena fe lo que les decía su jefe. También tengo la seguridad de que cuando lean estas líneas, acabarán de darse cuenta de la situación poco airosa á que les ha llevado la confianza que en aquél tenían depositada. Y no procederé judicialmente más que contra el Sr. Almarza, á menos que los otros señores se hagan solidarios de la campaña de calumnias contra mí en un escrito, que no habrá de publicarse en el *Boletín de los Titulares*, pues ya nos dice en el suyo el Sr. Almarza, que la carta original del médico de Gerindote, en que se ofende gravemente, fué modificada por él, abuso de confianza que se permite con un amigo, utilizando su nombre para insultar á mansalva á quien ningún daño le ha hecho.

9.<sup>a</sup> Otra falsedad al par que una tontería, es la de que yo me titulo director general de las Asociaciones Sanitarias. Todos los que en éstas figuran, saben que siempre me he negado á aceptar en dicha entidad toda clase de cargos representativos y que en las numerosísimas Asambleas generales y de distrito que llevo organizadas, nunca quise ocupar la presidencia; pero como todas las Asociaciones existentes y que se rigen por nuestros reglamentos tienen sus Juntas directivas provinciales y de distrito y en Sevilla radica la dirección de aquéllas, se usa aquí un papel timbrado con el membrete: «Asociación Sanitaria — Dirección general», sin que ninguno nos llamemos directores, pues nos hemos limitado á luchar modestamente por los intereses colectivos, despreciando cintajos y oropeles.

10.<sup>a</sup> El Sr. Almarza, en su obsesión ya no sabe qué inventar contra mí, y hasta pretende demostrar que asistí á la Asamblea de Colegios celebrada en Valencia, pues no se explica de otro modo el que me designaran para formar parte del directorio. De que no asistí pueden dar fe todos los que concurrieron, y entre ellos el Sr. Coca, á quien ruego manifieste públicamente si conoce de alguna gestión mía para formar parte de dicho organismo, á cuyo alto honor por cierto renuncié en el acto de tener conocimiento de ello, precisamente porque mi estado de salud no me permite asistir á las reuniones que debe celebrar de vez en cuando, renuncia que muy á pesar mío no me fué aceptada, y en la que no insistí para dar ejemplo de disciplina. Pero no se devane los sesos el Sr. Almarza tratando de inquirir quién fué el autor de la proposición pidiendo la supresión de la Junta de gobierno y Patronato de los Médicos Titulares. Lea el último número del *Boletín Oficial de la Unión Sanitaria de Guadaluajara* (palabra derivada de Sanitaria Andaluza, que en su manifiesto califica el Sr. Almarza despectivamente de *invento* del Sr. Centeno) y allí encontrará un artículo firmado por un Sr. Pardo, á quien no tengo el honor de conocer, que recaba para sí la paternidad de la proposición en la siguiente forma:

«Voy á decir unas palabras sobre el asunto que pudiéramos llamar de la Junta, ya que fui yo quien en la Asamblea de Valencia presentó la proposición en la que se pedía la supresión de la Junta de gobierno y Patronato y el traslado de sus facultades á los Colegios.»

Y más adelante escribe: «Yo no soy titular, pero lo he

sido más de doce años, y por cierto que me ocurrió una cosa, que demuestra bien á las claras, tanto la importancia de la referida Junta de Patronato, como lo bien que llevaba los asuntos. Ejercía yo en un pueblo donde era clásico que un cacique mínimo no dejase vivir en paz á los médicos, y mis dos últimos antecesores sostuvieron con él su correspondiente campaña, en la que resultaron vencedores, yo corrí la misma suerte de ellos y á los pocos años ya teníamos entablada la lucha, que tardó en desarrollarse lo que tardó el cacique en encontrar un médico que le visitase; en el período álgido de la batalla, pues puede calificarse de tal, el secretario, por suerte, amigo mío, me mostró su extrañeza por haber recibido cartas de médicos que solicitaban la titular, de cuya vacante se habían enterado por la Junta de Patronato. Indagué el por qué de esta anómala situación, y averigué que se había declarado vacante mi partido, porque no pagaba las cuotas que correspondían á la Junta; no se me avisó, no se comunicó tal decisión y se anunció la vacante; gracias á que el Ayuntamiento fué para mí mejor que la Junta, y no pasó nada; pero pensando cuerdamente cabe preguntar: ¿no conseguiría el cacique que alguien se interesara en el asunto y la Junta se mostrase sumisa á sus deseos? Y si no fué así, ¿cómo explicar que no se anunciase más vacante que la de mi partido, cuando todos los compañeros de los partidos limítrofes debían más cuotas que yo y á ninguno se les molestó en lo más pequeño? Pues aún sucedió una cosa más graciosa, y fué que pasados cinco ó seis meses, recibí un oficio de la Junta en el que se me comunicaba que debía pagar X pesetas, por deber no sé cuantas cuotas; de manera que por no pagar, dejé de pertenecer al Cuerpo, y anunciaron la vacante, y como no consiguieron quitarme el partido, continué en el Cuerpo y debía pagar: de todo ésto, claramente se deduce que lo interesante era que pagara, que cobrase por titular más ó menos de lo debido y que el pago, fuese bueno ó malo, no le interesaba á la Junta.»

Es curioso el contraste que ofrece este caso con la campaña que viene llevando á cabo el Sr. Almarza contra el Colegio Médico de Sevilla, que hizo cuanto dignamente le fué posible por evitar la destitución del titular de La Luisiana.

Dejo al lector el hacer los oportunos comentarios.

11. Da á entender igualmente el Sr. Almarza, que el Colegio Médico de Sevilla se dejó influir en el caso de La Luisiana, por un cacique político de esta capital, y que mi nombre fué impuesto para el directorio de los Colegios por otro cacique de Madrid. Por esta vez hay que reconocer que ha estado *afortunadísimo*. Pregunte, pregunte en Madrid y en Sevilla á los caciques, médicos y políticos, si son dóciles y manejables los hombres que figuran al frente de nuestro Colegio y de la Asociación Sanitaria. Inquiera, inquiera, que en ambas partes le darán pruebas de nuestro *servilismo*, pues hechos recientes y resonantes lo acreditan.

12. Alardea el Sr. Almarza en todos sus escritos de no darme la menor importancia. Yo hasta aquí estaba seguro de no tenerla, pero en vista de los acontecimientos voy creyendo que este *digno* señor en su delirio ve en mí un peligro mucho mayor que en la misma Federación de Colegios Médicos. Otra equivocación manifiesta, pues yo fui de los que sostuvieron siempre que lo mejor que se podía hacer

# BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estafío coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.

con el Sr. Almarza, era dejarlo solo con sus propias cosas.

Y basta ya de razonamientos y citas, pues sabido es que el Sr. Almarza se ha pasado la vida injuriando á los demás, por creer que de este modo aseguraba la existencia de la Junta de Gobierno y Patronato, sin percatarse que su sistema es el que ha desacreditado y dará fin de dicho organismo.

Dándole las gracias anticipadas y rogándole dispense la extensión de estas líneas, motivadas por la indispensable reproducción de documentos probatorios, se repite de usted atento seguro servidor y compañero q. e. s. m.

JESÚS CENTENO.

## Sociedades Científicas.

### SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

ACTA DE LA SESIÓN CIENTÍFICA CELEBRADA EL DÍA 2 DE MARZO DE 1921.—PRESIDENTE, DR. BOURKAH

#### Blenorragia y puerperio.

El Dr. García Casals.—Con motivo de la comunicación del Dr. Villanueva, se ha suscitado una cuestión tan interesante como la del tratamiento de la fiebre puerperal. Es acerca de éste de lo que voy á hablar breves instantes para manifestar que en los casos de infección localizados en el endometrio la solución de Dakin, bien en irrigación continua ó bien empleada según la técnica discontinua por medio de una sonda de goma introducida en la cavidad uterina, ha proporcionado en la clínica de la Maternidad éxitos repetidos.

El Dr. Villanueva.—Al Dr. Sicilia mis gracias por las anotaciones que hizo á mi comunicación. Voy ahora á contestar á las observaciones de los Sres. Torre y Blanco y Vital Aza. El primero se muestra contrario á los lavados intrauterinos en casos de infección puerperal, diciendo que si ésta es localizada aquél es inútil, y más aún si la infección se ha generalizado. En esto último estoy naturalmente de acuerdo con él, pero no así en lo primero, puesto que en todos los casos de infección local del endometrio en que he practicado el lavado intrauterino los síntomas han cedido prontamente y la mejoría ha terminado en curación. Con esto queda contestada también una objeción del Dr. Vital Aza, el cual se muestra por otra parte pesimista respecto á la eficacia del tratamiento específico de la gonococia femenina. Yo, respecto á esto, no tengo que decir sino que dicho tratamiento obró de un modo claramente favorable en el caso objeto de mi comunicación.

Doy también las gracias al Sr. Casal por su intervención, y creo que la aplicación del líquido Dakin-Carrel puede ser un buen medio de combatir una infección puerperal localizada.

#### Disparemia y operación de Alexander.

El Dr. Torre Blanco.—Siento mucho que no se halle presente el Dr. Becerro, ya que á las ideas particularísimas que acerca de la afrodisia femenina expuso aquí, es á lo que voy especialmente á referirme. Yo estoy muy lejos de compartir mis creencias, y estimo, por el contrario, que la ape-

tencia y satisfacción sexual son idénticas para uno y otro sexo cuando ambos disfrutan un estado fisiológico perfecto. Toda función orgánica requiere un apetito que impulse al individuo á satisfacerla; esto es una ley biológica á la cual no escapa la función sexual, y puesto que dicha función ha de ser realizada entre macho y hembra, es natural que ambos estén dotados por igual de apetencia. Esta apetencia está, en mi opinión, dimanada, por lo que se refiere á la mujer, especialmente de la glándula intersticial ovárica, de igual modo que la función de la reproducción es influida especialmente por el cuerpo amarillo, por lo que se refiere al tratamiento de la retrodesviación.

El Dr. Mediguchia.—Opino al igual que Torre Blanco, que la mujer en estado fisiológico tiene apetencia y satisfacción sexual análogas á las del hombre, aun cuando la primera especialmente no se manifieste tan libremente como en éste, merced á las conveniencias sociales. Pero no opino como Torre Blanco, que el estímulo tenga como origen el ovario, puesto que en tal caso las mujeres casadas no tendrían ni apetencia, ni satisfacción sexual, y lejos de esto son muchas las que de carecer de ovarios las poseen en más alto grado.

El Dr. Sicilia.—Indiscutiblemente la mujer siente el deseo de las relaciones sexuales, y ésta la lleva á una satisfacción análoga á la que siente el hombre, pero lo que ocurre es que son mucho más numerosas y frecuentes las causas de disparemia en aquél que en éste.

El Dr. Vital Aza.—Yo creo en las opiniones del doctor Cospedal (hijo) que existe un cierto afán de originalidad, y que este afán es el que le lleva á decir que existen muchas retrodesviaciones que no causando molestias á la mujer no requieren tratamiento.

En cuanto á las diversas opiniones que aquí se han vertido respecto á la afrodisia femenina yo no las recojo, puesto que ellas han sido una desviación del tema por mí presentado, y, por tanto, me limitaré á decir que yo tampoco participo en este asunto de las particularísimas ideas del Dr. Becerro de Bengoa.

El secretario de actas, Cospedal (hijo).

## Sección oficial.

### MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA

Excmo. Sr.: Vistas las consultas elevadas á este Ministerio respecto de la duración que deben tener las autorizaciones para ejercer en España con títulos extranjeros,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que por el Ministerio del digno cargo de V. E. se comunique á los subdelegados de Medicina que las concedidas para el ejercicio de las profesiones de médico y odontólogo caducan á los seis años de su otorgamiento, de conformidad con lo establecido en los artículos 95 de la ley de Instrucción pública y 3.º del Real decreto de 7 de Noviembre de 1902.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 11 de Abril de 1921.—Aparicio.—Señor Ministro de la Gobernación.—Gaceta 16 Abril.

# TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo preceptuado en el Real decreto de 8 del corriente,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido nombrar los siguientes Tribunales para juzgar las oposiciones á las Cátedras que á continuación se citan:

1.° Fisiología humana, de la Universidad Central: presidente, D. Sebastián Recasens, consejero de Instrucción pública; vocales, D. Leonardo Rodrigo Lavín, catedrático de la Universidad de Sevilla (Cádiz); D. Jesús María Bellido Golferrichs, catedrático de la de Granada; D. Teófilo Hernando y D. Manuel Márquez, catedráticos de la Central; suplentes, D. Celestino Lorenzo Torremocha, catedrático de la Universidad de Valladolid; D. Augusto Pi y Suñer, catedrático de la de Barcelona; D. Tomás Maestre Pérez y D. Leonardo de la Peña, catedráticos de la Central.

Medicina legal y Toxicología, de Barcelona, Santiago y Sevilla: presidente, D. José Francos Rodríguez, consejero de Instrucción pública; vocales, D. Juan Bastero Lergo, catedrático de la Universidad de Zaragoza; D. Ramón Alvarez de Toledo, catedrático de la de Granada; D. Tomás Maestre Pérez, catedrático de la Central, y D. Juan Bautista Peset Aleixandre, catedrático de la de Valencia; suplentes, don Inicial Barahona Holgado, catedrático de la Universidad de Salamanca; D. Rafael Pastor Reig, catedrático de la de Valencia; D. Félix Cerrada Martín, catedrático de la de Zaragoza, y D. Primo Garrido Sánchez, catedrático de la de Salamanca.

Patología quirúrgica, de la Universidad de Salamanca: presidente, D. Nemesio Fernández Cuesta, consejero de Instrucción pública; vocales, D. Francisco Millán Guillén, catedrático de la Universidad de Sevilla (Cádiz); D. Antonio Trías Pujol, catedrático de la de Salamanca; D. Rafael Mollá Rodrigo, catedrático de la Central, y D. Antonio Cortés Lladó, catedrático de la de Sevilla; suplentes, D. Francisco Piñeiro Pérez, catedrático de la Universidad de Santiago; don Laureano Olivares Sexmilo, catedrático de la Central; don Federico Murueta Goyena, catedrático de la de Valladolid, y D. León Cardenal, catedrático de la Central.

Técnica anatómica, de la Universidad de Sevilla: presidente, D. Ramón Jiménez, consejero de Instrucción pública; vocales, D. Casimiro Torres Sánchez Somoza, catedrático de la Universidad de Santiago; D. Guillermo Sánchez Aguilera, catedrático de la de Granada; D. Joaquín Gascón y Marín, catedrático de la de Zaragoza; y D. Fernando Muñoz Romero, catedrático de la de Sevilla (Cádiz); suplentes, D. Marcelino B. Berbiala, catedrático de la Universidad de Zaragoza; D. Miguel Guirao Gea, catedrático de la de Granada; don Juan Barcia Caballero, catedrático de la de Santiago, y don Alejandro Rodríguez Cadarso, catedrático de la de Santiago.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 19 de Abril de 1921.—*Aparicio*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* 20 de Abril.)

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 14 del Reglamento de 8 de Abril de 1910, esta Subsecretaría hace público lo siguiente:

1.° Que el Tribunal de oposiciones á la Cátedra de Fisiología humana, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, ha sido nombrado por Real orden de 19 del actual, publicado en la *Gaceta* del día 20 del mismo mes y año.

2.° Que dentro del plazo señalado en la convocatoria han presentado sus solicitudes y reúnen las condiciones legales los aspirantes que á continuación se expresan, los cuales quedan admitidos á la oposición:

D. Misael Bañuelos García.

D. Carlos Jiménez Díaz.

D. Juan Negrón López.

D. Estanislao del Campo López.

D. José María del Corral García.

D. Celestino Lorenzo Torremocha y Téllez.

D. Alfonso Medina.

3.° Que durante los diez días siguientes al de la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid* se podrán formular las reclamaciones á que se refieren los arts. 14 y 15 del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

Madrid, 20 de Abril de 1921.—El subsecretario, *Romero*. (*Gaceta* 23 de Abril.)

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 14 del Reglamento de 8 de Abril de 1910; esta Subsecretaría hace público lo siguiente:

1.° Que el Tribunal de oposiciones á la Cátedra de Técnica anatómica, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, ha sido nombrado por Real orden de 19 de los corrientes publicada en la *Gaceta de Madrid* correspondiente al 20 del mismo mes y año.

2.° Que dentro del plazo señalado en la convocatoria han presentado sus solicitudes y reúnen las condiciones legales los aspirantes que á continuación se expresan, los cuales quedan admitidos á la oposición: D. Fernando Sánchez Carrasco, D. Cástor Peralta Mifión, D. José Megías Manzano, D. Antonio Riera Cercós, D. Abilio García Barón, D. Juan Antonio Gaya Tovar, D. Gumersindo Sánchez Guisande, don Casto Prieto Carrasco, D. Antonio Hernández Ortiz, D. Pablo Aza Sarriá.

3.° Que quedan excluidos de estas oposiciones los señores D. Antonio Herrera Carmona, por no justificar que está incapacitado para ejercer cargos públicos, y D. Jesús Collar Arias, por no justificar que reúne las condiciones necesarias á que se refiere el art. 6.° del Real decreto de 8 de Abril de 1910.

4.° Que durante los diez días siguientes al de la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, se podrán formular las reclamaciones á que se refieren los artículos 14 y 15 del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

Madrid, 20 de Abril de 1921.—El subsecretario, *Romero*. (*Gaceta* del 25 de Abril.)

Ilmo. Sr.: Con arreglo a lo dispuesto en el núm. 2.° del art. 4.° del Real decreto de provisión de cátedras de 30 de Abril de 1915,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer se anuncie á concurso de traslado la provisión de la cátedra de Patología quirúrgica, Operaciones y Anatomía topográfica y Obstetricia de la Escuela de Veterinaria de León.

**FIRMUGENOL**

(Nombre registrado.)

**ESPECÍFICO DEL ESCROFULISMO**

Compuesto de ioduro ferroso estable, arsénico orgánico y principios vegetales tónicos de la nutrición y depurativos, en forma de JARABE.

Literatura y muestras á su autor: PEDRO DE LA ROSA, Farmacéutico, Pola de Gordón (León).

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 18 de Abril de 1921.—*Aparicio*.—Señor subsecretario de este Ministerio.

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo preceptuado en el Real decreto de 8 del corriente,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido nombrar el siguiente Tribunal para juzgar las oposiciones á la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología sanitaria, vacante en la Universidad de Valencia:

Presidente: D. Nemesio Fernández Cuesta, consejero de Instrucción Pública.

Vocales: D. Antonio Alvarez de Cienfuegos, catedrático de la Universidad de Granada; D. Antonio Salvat, catedrático de la de Barcelona, y D. Juan Bautista Peset y D. Rafael Pastor Reig, catedráticos de la de Valencia.

Suplentes: D. Eduardo García del Real, catedrático de la Universidad Central; D. José Roquero Martínez, catedrático de la de Sevilla; D. Vicente Peset y D. Juan Bartual, catedráticos de la de Valencia.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 28 de Abril de 1921.—*Aparicio*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 30 de Abril.)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 704,2; ídem mínima, 702,9; temperatura máxima, 20°,8; ídem mínima, 7°,5; vientos dominantes, NE. NNE.

Los afectos agudos de aspecto gripal generalizados en forma de reumatismos ó localizados á las vías respiratorias, se han exacerbado en estos días, á causa de las vicisitudes atmosféricas y de la imprevisión en la defensa contra ellas.

Han disminuído las infecciones de origen intestinal. En los niños se observan anginas catarrales numerosas.

### Crónicas.

**Número extraordinario.**—En el próximo mes de Junio publicaremos el que exclusivamente destinado á la propaganda y aumento de la publicidad de nuestro periódico tenemos en preparación. Los señores anunciantes que quieran aprovechar esta extensión de la publicidad pueden dirigirse á esta Administración.

**González Alvarez.**—*Paidopatía*. Estudio didáctico de las enfermedades de los niños y su clínica. Acababa de publicarse esta importante obra en la que se condensa la larga experiencia del autor, especialista notabilísimo. Forma un grueso volumen con numerosas ilustraciones, 20 pesetas. Ruiz Hermanos, editores, Plaza de Santa Ana, 13, Madrid.

**La salud pública y el alcalde de Motril.**—Copiamos de la prensa diaria el siguiente telegrama:

«*Motril* 13 (8 m.).—Los médicos que suscriben dirigimos al presidente del Colegio Médico y Prensa de Granada el siguiente telegrama: «Habiendo solicitado autorización del señor gobernador para que la Comisión nombrada tuviese una entrevista con dicha autoridad para informarle con pruebas, razones y argumentos, de la anómala situación creada por el alcalde por su abandono en cuestiones que afectan á la salud pública y negando los pagos de nuestros haberes corrientes y atrasados, y no habiéndose dignado aquella auto-

ridad contestarnos, rogamos á V. S. nos señale día para explicar ante Colegio Médico nuestra situación, buscando soluciones que garanticen nuestros derechos y atienda principalmente á la salud pública seriamente amenazada por la repetición frecuente de casos de tífus exantemático. Al dar conocimiento á V. E., nos permitimos rogarle informe al señor gobernador é inspector provincial de Sanidad de lo que sucede en Motril con la salud pública, con los médicos firmantes y clases sanitarias en general. Le saludan respetuosamente, Martín, Antonio Puertas y Nicolás Ortega.»

Sirve de suficiente comentario los conflictos que este género de actitudes por parte de las autoridades, ha motivado.

**¡Cómo se defienden los intereses particulares!**—Copiamos de *El Sol* de 24 de Mayo, porque merece ser conocido de todos, lo que sigue:

«El alcalde de Lanaja nos remite una copia, autorizada con el sello de la Alcaldía, de un documento firmado por los principales contribuyentes de la villa.

Afirma nuestro comunicante que dichos señores «después de haber usurpado al común de los vecinos 12.000 hanegadas de tierra, que como bienes comunales figuraban en el Catastro», exigieron á la Alcaldía que les autorizara á seguir usando de mataderos clandestinos y al aprovechamiento para la venta y consumo de los sirvientes de las reses muertas de carbunco, glosopeda, etc.

El Ayuntamiento se opuso á la pretensión, pero las autoridades provinciales se negaron á apoyar los acuerdos del Municipio.

La solicitud de los contribuyentes, que reproducimos como documento curioso, dice así:

«Los abajo firmantes, propietarios ganaderos de esta villa, ante usted, con el debido respeto, exponemos: Que protestamos enérgicamente de los acuerdos tomados por el Ayuntamiento de su digna presidencia de ir á matar al matadero público siempre que tengamos necesidad de sacrificar reses y de no poder aprovechar las carnes muertas (de carbunco, glosopeda, etc.), por lo que esperamos anule dichos acuerdos, por ser en extremo perjudiciales á nuestros intereses.—Dios guarde á usted muchos años.—Lanaja y Mayo.

—Señor alcalde constitucional de Lanaja (Huesca).—Eusebio Andrés, Ramón Maza, Pascual Maza, Sixto Abad, José Gazol, Juliana Abadías, Mariano Marcellán, fiscal municipal; Silvestre Abadías, Ramón Alcubierre, Gregorio Andrés, José Abad, Aniceto Abad, Narciso Abad, Dolores Corbinos, Francisco Ezquerra, Faustino Gazol, Basilio Clavería, Hilario Alcubierre, Andresa Salillas, Macario Andreu, juez municipal; Víctor Alcubierre, José Berdun, concejal; Angel Ezquerra, Patrocinio Santafé, Alejandro Abadías, concejal, P. o. de la viuda de D. Mariano Bas Laras, J. Bizcarra, Emilio Gazol.»

La presente es copia exacta de su original, que queda archivado en esta secretaría.—El alcalde efectivo, p. a., *Pascual Oto*; el secretario, *Miguel Aparicio*.»

**La peste en Vladivostok.**—La Agencia Radio ha comunicado á la Prensa diaria lo siguiente:

«El Departamento político suizo transmite al Comité internacional de la Cruz Roja los siguientes informes, que le ha comunicado la Agencia consular suiza en Vladivostok:

«La peste invade actualmente la ciudad de Vladivostok, y tiende á aumentar. Las autoridades municipales carecen de recursos para combatir el tremendo azote con la eficacia debida. De seguir así, la peste puede constituir un peligro mundial.

El cuerpo consular de Vladivostok ruega al Comité internacional de la Cruz Roja que haga todos los esfuerzos posibles para habilitar de urgencia la suma de 200.000 francos, necesaria para asegurar durante un período de dos meses los socorros indispensables. Esta cantidad será administrada bajo el control directo de todo el Cuerpo consular y de las autoridades municipales. Estas se comprometen, además, á devolverla en un plazo de diez y ocho meses». (Radio).

**Asamblea de practicantes.**—El día 19 y en el salón de actos del Fomento de las Artes, se celebró la sesión de clausura de la 4.<sup>a</sup> Asamblea Nacional de practicantes.

**LA DIABETES**  
Y SUS COMPLICACIONES

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.

Presidió el ministro Sr. Aparicio, y el discurso que dirigió á los asambleístas fué interrumpido varias veces por los aplausos de los oyentes.

Las conclusiones que han sido aprobadas y presentadas al Gobierno son las siguientes:

- 1.<sup>a</sup> Reforma de la carrera y ampliación de estudios.
- 2.<sup>a</sup> Creación del Cuerpo de practicantes militares.
- 3.<sup>a</sup> Real decreto concediendo la colegiación oficial obligatoria.
- 4.<sup>a</sup> Inclusión de los practicantes en la ley de Epidemias.
- 5.<sup>a</sup> Que no se aprueben los presupuestos municipales si no llevan consignada partida para el pago de practicante titular, como lo determina la ley vigente, siendo ésta de 500 pesetas como minimum.
- 6.<sup>a</sup> Que se modifique el reglamento vigente de la Beneficencia general en el sentido de que puedan los practicantes titulados concurrir á las oposiciones que se anuncien en lo sucesivo para cubrir vacantes, haciendo desaparecer la limitación que existe actualmente, y que todas las plazas de practicantes de las beneficencias provinciales sean desempeñadas por quien esté en posesión de este título oficial.
- 7.<sup>a</sup> La carrera de practicante debe ser amparada por el Estado en lo que se refiere al intrusismo, dictando disposiciones para que los servicios auxiliares del médico los desempeñen siempre los titulados de esta carrera.
- 8.<sup>a</sup> Obligar á las Diputaciones provinciales á que paguen los atrasos que adeudan á médicos y practicantes.
- 9.<sup>a</sup> Derogación del Real decreto de 1908, en virtud del cual se amortizan las plazas del Cuerpo de practicantes de Prisiones.
10. Que se incluya á los practicantes en la ley de pago de los atrasos á los titulares sanitarios (médicos, farmacéuticos y veterinarios).
11. Pago de los haberes por el Estado á los titulares médicos, farmacéuticos, veterinarios y practicantes.
12. Que se obligue á las Compañías ferroviarias á que tengan un practicante al frente de un botiquín de urgencia en todas las estaciones de importancia y en todos los trenes de viajeros que tengan un recorrido mayor de 100 kilómetros.
13. Todo buque de vapor cuya travesía sea superior á doce horas de navegación llevará un practicante, y que se reforme el art. 166 de la ley de Emigración, obligando á que vayan practicantes en los buques mercantes.

Al «Boletín del Colegio de Médicos de Orense».—Hemos leído el último número del *Boletín del Colegio de Médicos de la provincia de Orense*, y creemos indispensable dar públicamente las gracias á su director y redactores por lo que colabora en la obra sana de la redención de nuestra clase y por los elogios que dedica á nuestro director con motivo de la inauguración del monumento que los médicos españoles le han elevado en reconocimiento de su labor en pro de la clase.

Lo que más agradecemos, siendo muy de agradecer el cariñoso artículo dedicado á la persona del Dr. Cortezo, es el párrafo redactado al pie del estado de cuentas del Colegio, en que se dice: «Colocando los sellos de 50 céntimos en los certificados de defunción, sostenéis el Colegio para Huérfanos de Médicos del Príncipe de Asturias; y con el tiempo todo será para vosotros y vuestras familias.»

En pocas líneas supieron los redactores del citado *Boletín* rendir el mayor homenaje á la personalidad á quien la clase debe mucho.

**Bodas de oro profesionales.**—El último día del mes de Febrero y en la Academia de Medicina de Zaragoza, se celebró el solemne acto de rendir homenaje al ilustre doctor D. Agustín Ibáñez Yanguas por las clases médicas con motivo de haber cumplido este veterano compañero en el último mes de Septiembre, el quincuagésimo aniversario de su vida profesional.

Dados los méritos y simpatías del Dr. Ibáñez, no era de extrañar que el acto resultase brillante y conmovedor.

El presidente de la Audiencia, una nutrida representación del Ayuntamiento, de la Universidad, del Colegio de Médicos, de la Sanidad civil y militar y de las Sociedades culturales y benéficas de Zaragoza, asistió al homenaje merecido del que desde el año 1870 trabajó sin descanso en Cariñena, en Castejón y en Ejea como médico titular, como concejal en el Ayuntamiento de Zaragoza, como colaborador altruista en el Patronato de Prisiones, en la Junta provincial de Protección á la Infancia y como presidente de la Academia de Medicina de Zaragoza.

El profesor Royo Villanova en un elocuente y ovacionado discurso estudió la figura del Dr. Ibáñez y excitó á los elementos que contribuyeron con su presencia á la solemnidad del homenaje por representar á entidades oficiales, á que se premiase por éstas debidamente la labor de aquel á quien se tributaba.

El Dr. Ibáñez leyó unas cuartillas en las que hizo expresión del sentimiento íntimo de agradecimiento que le inspiraron las frases del Sr. Royo y de los oradores que intervinieron y la adhesión unánime de toda la provincia á su persona y á su labor.

**ROGAMOS** encarecidamente que la correspondencia nos sea dirigida al **Apartado 121**.

#### LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL DR. GIRAL

Análisis clínicos (orinas, esputos, sangre, etc.), agrícolas (tierras, abonos, etc.); metalúrgicos (minerales, combustibles, etc.); bromatológicos (aguas, vinos, etc.); de productos y drogas diversos.—Atocha, 35. Tel. M. 33. Farmacia y laboratorio del doctor Giral.

#### 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 bunsuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

#### PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



Preparado por  
**JOSÉ ROBERT Y SOLER**  
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO  
FARMACIA ROBERT - Laura 74  
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.<sup>a</sup> de la Cabeza, 1.