

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Sobre los dolores radiculares, por José M. de Villaverde.—Un caso de eclampsia puerperal, por el doctor D. Fernando Villanueva.—Real Academia Nacional de Medicina: Conferencia del Dr. Faure.—Facoerisis, por el Dr. J. Barraquer.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—La Sanidad en el Parlamento, por Venancio Prieto.—Colegiados, no colegiados y esquirolas, por Enrique Orsi.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo.—Sociedad Ginecológica Española.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Anuncios.

SOBRE LOS DOLORES RADICULARES

POR

JOSÉ M. DE VILLAVERDE

Los dolores producidos por lesión de las raíces posteriores son frecuentísimos. En la práctica se los encuentra muy á menudo, y sin duda alguna por la forma poco típica en que se presentan ó porque á su posibilidad no se dirige la atención, es lo cierto que pasan en gran número de casos sin ser diagnosticados. Por tanto no creemos pecar de exagerados si afirmamos que su divulgación es necesaria.

En ellos hay otro punto de vista interesante. La causa que generalmente los produce es la sífilis, y aquí como en otros muchos casos de complicaciones nerviosas de esta enfermedad, no existen á veces antecedentes y el enfermo ignora estar afectado por ella. Como hacer un diagnóstico exacto permite en muchísimos casos instituir un tratamiento específico que es el único que cura los dolores, el conocimiento de todo lo que con las lesiones de raíces se refiere, nos parece de una importancia primordial.

El conocimiento de las lesiones de las raíces y su relación con la infección sífilítica es cosa ya conocida hace años. Llamar la atención sobre este punto es mérito que corresponde á Kahler (1). En el año 1887 el eminente profesor alemán escribió un artículo lumino-

so en el cual se exponía una historia clínica hecha con toda escrupulosidad y seguida de autopsia. He aquí un resumen: Un hombre de veintinueve años, sin haber antes padecido ninguna enfermedad, tiene un chancro sífilítico que no es seguido de manifestaciones secundarias. Tres meses después siente de repente durante la noche parestesias en el lado izquierdo del cuerpo, parálisis del brazo izquierdo, trastornos del lenguaje, no teniendo al mismo tiempo dolor de cabeza. El examen somático puso de manifiesto disartria, paresia del facial inferior del lado izquierdo, parálisis del brazo izquierdo y paresia de la pierna del mismo lado. Con estos antecedentes se hizo el diagnóstico de lesión endoarterial de origen luético que como consecuencia trajo un reblandecimiento. Pasados algunos días el cuadro cambió, los síntomas aumentaron presentándose una paresia en la totalidad del facial derecho. Después de una pequeña mejoría que coincidió con el tratamiento específico, nuevos síntomas hicieron su aparición, los músculos del brazo izquierdo comenzaron á atrofiarse, se presentaron dolores violentísimos en la espalda y en la nuca. Al mes siguiente ptosis bilateral y neuralgias intercostales de una gran intensidad. La intensidad de los dolores así como la atrofia de los músculos del brazo izquierdo fueron en aumento hasta que el enfermo murió. En la autopsia se vió que las meninges de la convexidad estaban infiltradas, las espinales también y al nivel de algunas raíces extraordinariamente engro-

sadas. La compresión de las raíces por el proceso inflamatorio, dió lugar á las degeneraciones secundarias correspondientes.

Desde este momento la producción de dolores de tipo neurálgico por meningitis luéticas al nivel de las raíces era cosa que no admitía duda. Y en realidad en esta observación aislada, pero completa desde varios puntos de vista, estaban comprendidos ya los diversos síntomas que además de los dolores constituyen las manifestaciones clínicas de las radiculitis.

Los dolores radicales donde verdaderamente se presentan en toda su pureza y con todos sus caracteres es en las radiculitis. Desde la observación aislada de Kahler, este asunto estaba un poco olvidado, y ha sido el mérito de Déjerine y sus discípulos, estudiarlo con todo género de detalles. Es asimismo á ellos á quien corresponde la gloria de haber sido quienes han demostrado su origen luético en casi todos los casos.

Sobre este asunto la escuela de Déjerine ha publicado un gran número de escritos (2). Las ideas de todos ellos están resumidas en la comunicación que dicho profesor debía hacer al Congreso de Neurología, de Berna, de 1914. Y como dicho Congreso fué suspendido á causa de la guerra, la citada comunicación apareció dos años después en forma de artículo (3).

En las radiculitis hay como síntoma primero los dolores, sobre el que insistiremos algo más ya que ello constituye el objeto del presente artículo.

A los dolores se unen otros síntomas sobre los que pasaremos ligeramente y los mencionaremos tan sólo á título de que en unión de aquél sirvan para fundamentar el diagnóstico.

Los dolores son violentísimos y suelen irradiarse en el sentido de la distribución de la raíz correspondiente. No van acompañados de sensibilidad dolorosa á la presión en los puntos de Walleix, y por esta particularidad se diferencian de las neuralgias propiamente dichas. Todo aquello que distiende las raíces es causa de que los dolores se exacerben.

A estos síntomas subjetivos de la sensibilidad se suelen unir otros objetivos que se patentizan por la exploración. En algunos casos—no en todos—suele haber zonas de hipoestesia. Esta hipoestesia cuando la hemos hallado suele comprender las diversas modalidades de la sensibilidad cutánea. Y lo más interesante de ella es que aunque su intensidad no sea grande, suele adoptar la topografía radicular.

A estos síntomas de la sensibilidad suelen unirse otros. Paresias acompañadas de atrofia, trastornos tróficos, síntomas por parte del simpático. Todos ellos unidos á las alteraciones del líquido cefalorraquídeo que suele presentar una reacción de Wassermann positiva, unida á linfocitosis y existencia de globulinas, forman la sintomatología de las radiculitis.

Las lesiones que originan las radiculitis (lesiones de la vaina radicular, meningitis circunscritas localizadas á una gran parte de la cavidad meníngea, etc.), pueden localizarse en distintas raíces y esto da lugar á formas clínicas diferentes. Generalmente, son afectadas las

raíces de la cola de caballo y ello da lugar á la clásica ciática radicular. Las radiculitis braquiales son mucho menos frecuentes.

Como ejemplo de todo lo que acabamos de indicar citaremos un caso de radiculitis braquial observado por nosotros, en el que la sintomatología fué característica.

J. P., de veintinueve años. A los veinte años una infección luética con pocas manifestaciones secundarias y que fué insuficientemente tratada; después de estar varios años completamente bien, comenzó á sentir dolores en el brazo izquierdo. Estos dolores comenzaban en la espalda y los sentía irradiarse hasta la mano. Al principio no eran muy intensos y tan sólo en algunos momentos se hacían irresistibles, pero aumentaban considerablemente, no se le quitaban ni de noche ni de día. Se veía obligado á tener el brazo en una posición especial en la que le eran más llevaderos.

Pasado algún tiempo notó que la fuerza del brazo disminuía. Esto al principio fué por el paciente atribuido á los dolores, pero á la larga vió que el brazo se le quedaba más delgado.

Febrero 1916.—Hombre bien conformado y musculoso que no presenta síntomas en ningún aparato. El brazo izquierdo, lo tiene aproximado al tronco, el antebrazo doblado y también pegado al tronco y la mano en posición intermedia entre pronación y supinación. Esta posición es, según él dice porque de esa manera le duele algo menos.

Los troncos nerviosos de la extremidad superior izquierda no están dolorosos á la presión. La atrofia del brazo izquierdo salta á la vista por la disminución de su volumen. En el antebrazo apenas se nota diferencia, comparado con el del otro lado.

El pectoral mayor, deltoides, bíceps y braquial anterior, muestran una gran disminución de fuerza. El supinador largo también está afectado, pero en un grado menor que los anteriores. El tríceps braquial, los músculos de las regiones anterior y posterior del antebrazo y los pequeños músculos de la mano, estaban normales.

En todos los músculos paresiados había una disminución de su excitabilidad eléctrica, aunque no reacción de degeneración. En el bíceps braquial era mucho más apreciable este síntoma.

La sensibilidad objetiva no era normal en todo el brazo. La exploración (realizada en un momento en que los dolores habían remitido) demostró la existencia de una zona de hipoestesia (Fig. 1 y 2), que se extendía á lo largo del borde externo del brazo, desde un poco por debajo del hombro hasta cerca de la mano y que correspondía aproximadamente al territorio cutáneo inervado por las metameries C₅ y C₆. Todas las modalidades de la sensibilidad cutánea estaban afectadas de un modo igual.

La piel de la zona en cuestión estaba algo más pálida y el enfermo manifestó que á veces sudaba en ella, sin que esto ocurriera en las regiones contiguas.

En el líquido cefalorraquídeo la reacción de Wassermann fué positiva. La linfocitosis intensa y la Fase I del Nonne-Appelt positiva.

El enfermo curó con el tratamiento específico

Cuando las raíces lesionadas son las dorsales los dolores adoptan caracteres parecidos, sólo que aquí, como es natural, no hay síntomas motores de raíces. La punción lumbar sirve para diferenciar las radiculitis dorsales de neuralgias intercostales.

La segunda variedad de dolores radicales producidos por la sífilis son los de la tabes. Como con muchísima razón hace notar Nageotte (4) y vuelve á insistir Déjerine, hay que establecer diferencia entre los dolo-

Ejemplos de estas tabes oligosintomáticas son los siguientes:

P. B., de cincuenta y cinco años. Tuvo sífilis que fué acompañada de pocas manifestaciones. Hace quince años co-

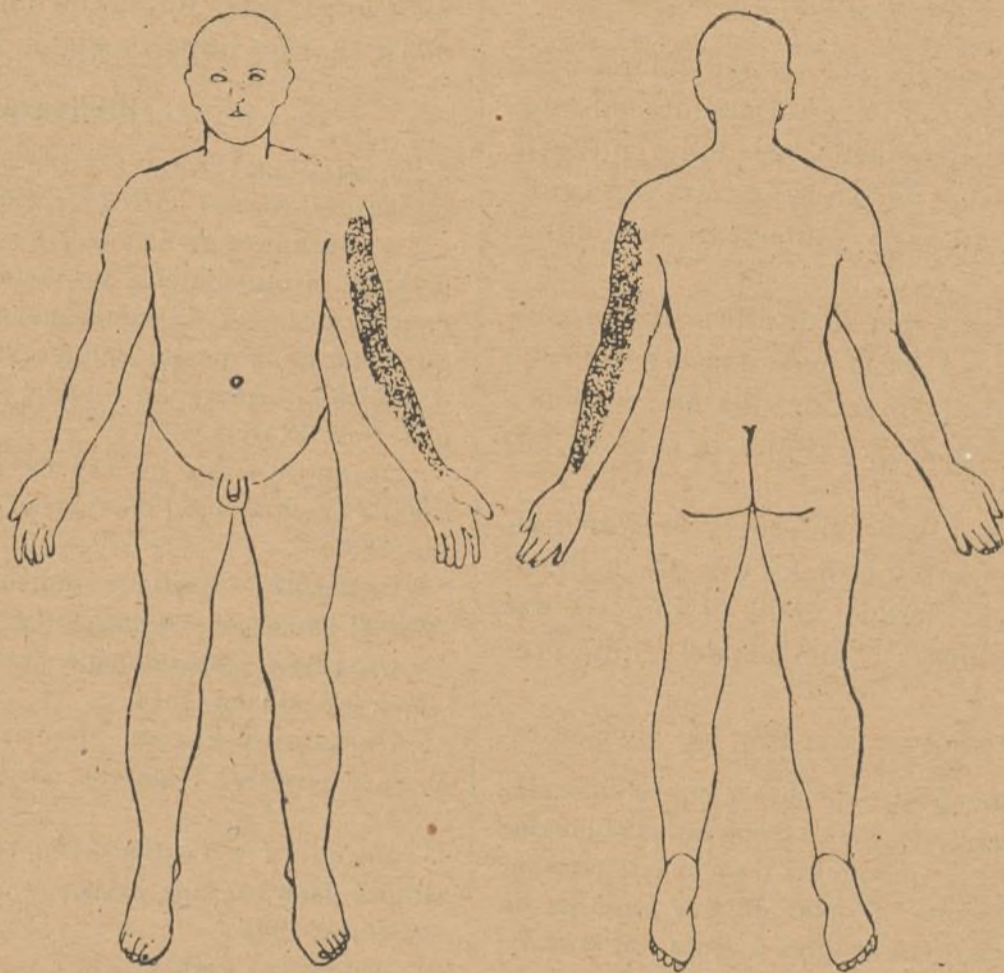


Fig. 1 y 2.

Radiculitis. La zona punteada indica la topografía de distribución de los trastornos de sensibilidad — C6 y C7. Hipoestesia para todas las modalidades.

res radicales tabéticos y los de las radiculitis tal como los hemos descrito. Y, en efecto, las lesiones de la tabes son en un todo diferentes á las de las radiculitis, según ha puesto de manifiesto el primero de los autores que acabamos de citar, diferencia que se manifiesta también clínicamente por la diferente manera de evolucionar de los síntomas. Pero como el objeto del presente artículo es tratar de los dolores radicales, por eso nos ocupamos una después de otra de estas dos variedades tan diferentes.

Generalmente los dolores radicales de la tabes, tanto en lo que á su localización se refiere, como á los caracteres propios del dolor, son extraordinariamente diferentes de un caso á otro. Y á estos dolores suelen acompañar algunos otros síntomas, por los que en muchos casos es fácil convencerse de la enfermedad que se trata.

Pero ocurre en algunos casos que las cosas no suceden de una manera tan sencilla. A los dolores sólo se une algún síntoma de la tabes, y no ciertamente de los más conocidos; así es que no es tan fácil hacer un diagnóstico exacto. Son casos estos de los conocidos con el nombre de «tabes oligosintomáticas» ó de «tabes monosintomáticas». Y sólo una exploración neurológica detenida puede arrojar alguna luz. Desde luego, claro está, que sospechada la existencia de una tabes, el examen del líquido cefalorraquídeo puede aclararnos las dudas.

menzó á sentir dolores en la pierna derecha todo á lo largo de ella. Los dolores son localizados por el enfermo en la región posterior de la misma. Su intensidad varía y hay grandes períodos de tiempo en los que desaparecen. La marcha de la enfermedad, aparte las particularidades indicadas, no ha presentado ningún otro síntoma.

Pupilas ligeramente desiguales. Las dos reaccionan á la luz, pero la izquierda lo hace un poco perezosamente. Rotulianos y de Aquiles normales, en la pierna derecha no hay Lasegue ni ningún trastorno de la sensibilidad apreciable á la exploración. En el líquido cefalorraquídeo Wassermann positivo y también el Nonne y la linfocitosis.

M. A., de cuarenta y cinco años, casada. Ha tenido dos abortos y tres hijos que disfrutaban de excelente salud. Desde hace ocho años dolores en las pantorrillas. En el lado derecho algo más. Los dolores no eran constantes, dándole por espacio de unos días, en los que á veces su intensidad era muy grande, y luego solía tener días sin que le molestaran.

La exploración neurológica permitió apreciar la falta del reflejo del tendón de Aquiles del lado izquierdo. Las diversas modalidades de la sensibilidad eran normales. Aparte del citado, no pudo apreciarse ningún otro signo de tabes.

Sangre Wassermann dudoso. Líquido cefalorraquídeo, Wassermann, Nonne y linfocitosis positivos.

En los dos casos se trata indudablemente de tabes monosintomáticas en los que los dolores ocupan la casi totalidad del pequeño cuadro sintomático. Y es curioso porque los síntomas objetivos que nos pusieron sobre la marcha de lo que se trataba no eran en el primer caso de lo más marcado, pues la desigualdad pupilar

existe en una porción de sujetos que no padecen lúes del sistema nervioso. En el segundo caso la ausencia del reflejo del tendón de Aquiles es ya mucho más significativo.

Hay una clase de casos de dolores radicales cuyo conocimiento es difícilísimo. Y precisamente en éstos es en los que llegar al diagnóstico es de importancia suma, ya que por no saber de lo que se trata son calificados con las más extrañas y fantásticas denominaciones.

Los enfermos que caen dentro de este grupo presentan dolores de intensidad varia con exacerbaciones é intervalos libres que evolucionan de una manera lenta y que se extienden á una gran parte de la vida del paciente.

Fuera de los dolores, estos enfermos no presentan síntomas de ningún género y la naturaleza de la dolencia nos pasaría del todo desapercibida si no fuera por los datos que nos suministra el análisis del líquido cefalorraquídeo.

Dos casos muy demostrativos son los siguientes:

J. P., cuarenta y siete años. A los diez y nueve años sífilis que evolucionó con manifestaciones secundarias abundantes, sin síntomas terciarios y que no fué tratada intensamente. Hace quince años empezó á notar dolores intensos en el lado izquierdo del tórax. Los dolores á veces son muy vivos, pero en otras ocasiones son llevaderos, y hasta pasaba semanas sin que apenas los notara. A veces son como de un cinturón.

En la exploración que se le hizo no permitió apreciar ningún síntoma objetivo. La sensibilidad en la zona en que aquejan los dolores era completamente normal. De mediatino, ni corazón, ni grandes vasos, ni pleura, nada.

Wassermann positivo en el líquido cefalorraquídeo. Nonne y linfocitosis positivos.

M. M., cuarenta y ocho años, viuda. Ha tenido varios hijos que disfrutan de excelente salud. La paciente siempre ha sido muy nerviosa, y en la actualidad con motivo de la menopausia esto se le ha acentuado algo.

Desde hace doce años dolores en el brazo izquierdo. Le comienzan en la espalda cerca de la nuca y se le extienden por todo el brazo. Temporadas hay en las que está mejor, pero en otras los dolores se hacen irresistibles. Varios médicos que la han visto la han diagnosticado de «artritis», «dolores gotosos» y «dolores nerviosos».

La exploración somática no permitió descubrir ningún síntoma. Por más que lo intentamos no nos fué posible encontrar trastornos de la sensibilidad en el brazo.

En el líquido cefalorraquídeo el Wassermann, la linfocitosis y el Nonne fueron positivos.

La interpretación de lo que estos dolores radicales puedan ser nos parece á nosotros extraordinariamente difícil. No creemos que ni por su curso ni por otra porción de particularidades puedan incluirse entre lo que Déjerine y su escuela han llamado formas crónicas de las radiculitis. Por otro lado, la ausencia absoluta de ningún síntoma somático no nos parece apropiado hablar de tabes oligo ó monosintomáticas. Quizás el curso extraordinariamente lento y la analogía con los dolores que en muchos casos de tabes se presentan, además de otras particularidades clínicas,

permiten suponer que estos casos merecen incluirse más bien en la tabes, de la que serían formas abortivas, que en las radiculitis. Pero esta hipótesis necesita confirmación. Y por añadidura todos los autores apenas mencionan estas formas de dolores radicales, á pesar de su enorme importancia en la práctica.

Bibliografía.

(1) KAHLER (Prof. A.).—Die multiple syphilitische Wurzelneuritis. *Ztsch. f. Heilkde*, 1887, VIII.

(2) DÉJERINE ET ANDRÉ THOMAS.—Contribution á l'étude du trajet intramedulaire des racines posterieures dans la region cervicale et dorsale superieure de la moelle epiniere. Sur l'etat de la moelle epiniere dans un cas de paralysie radicaire inferieure du plexus brachial d'origine Syphilitiques, Soc. de Biol., 1896.

DÉJERINE.—Sur un cas de neurite apoplectiforme du plexus brachial suivi d'autopsie. *Mem. de la Soc. de Biologie*, 1899.

DÉJERINE.—Sciatique radicaire dissociée. *Journ. de Med. et Chirurgie pratique*, 1912.

DÉJERINE.—Semeiologie des affections du systeme nerveux. 2.^a edición, 1914.

DÉJERINE Y EGGER.—Neurite radicaire sensitivo-motrice generalisee á marche chronique. *Revue neurologique*, 1914.

DÉJERINE Y EGGER.—Les troubles objectifs de la sensibilité dans l'acroparestesie et leur topographie. *Revue neurologique*, 1904.

DÉJERINE, LECKNHARDT Y NONERO.—Un cas de neurite radicaire cervico dorsale, ayant presenté consue sintome premonitoire des rouleur très vives pendant l'eternnement. Valeur semiologique de ce symptome. *Revue neurologique*, 1905.

DÉJERINE Y BAUDOMAR.—La pathologie radicaire. *Paris medical*, 1911.

DÉJERINE Y REGNARD.—Sciatique radicaire, avec paralysie dissociée des muscles antero externes de la jambe droite. Integrité du jambier anterior. Anesthesie dans le territoire. S. I. *Revue neurologique*, 1912.

DÉJERINE Y QUEROY.—Sciatique radicaire dissociée. *Revue neurologique*, 1913.

(3) DÉJERINE.—Les radiculites. *Revue neurologique*, 1916.

(4) NAGEOTTE.—Pathogenie du tabes dorsale, Paris, 1903:

NAGEOTTE.—Regeneration collaterale des fibres nerveuses et lesions tabetiques des racines medullaires. *Nouvelle Iconographie de la Salpetriere*, 1906.

UN CASO DE ECLAMPSIA PUÉRPERAL

POR EL

DR. D. FERNANDO VILLANUEVA

Médico tocólogo, por oposición, de la Beneficencia Municipal de Madrid.

Siendo la eclampsia un incidente complicativo del embarazo y parto, siempre grave, pero raro de observarse en el puerperio, me inclino á exponer, por creer que tiene importancia clínica, el caso que motiva las siguientes consideraciones.

Joven de diez y siete años, primípara, de constitución excelente, tiene un embarazo fisiológico, de un feto en presentación cefálica flexionada, posición izquierda anterior, buena conformación pélvica, y sin el

menor incidente que obligue á prescribir un tratamiento; sus orinas son emitidas en cantidad normal, sus análisis no demuestran la más pequeña cantidad de albúmina, pero sí una disminución muy escasa en la proporción de urea; no presenta edemas maleolares ni de ninguna región, ni acusa cefalea ni otros desórdenes nerviosos; pero á pesar de esto se le somete á tratamiento lácteo atenuado, durante parte del octavo y noveno mes de su gestación.

Iniciado el parto en la tarde del día 10 del último mes de Octubre, evoluciona en su curso sin el menor incidente, y con el carácter progresivo sin intermitencias, hacia una pronta y fácil terminación, que tuvo efecto á las seis de la mañana del día 11, ó sea con una duración de doce horas próximamente, lo cual no es frecuente, tratándose de una primigesta.

Pero á las cuatro horas se presentó un violento acceso convulsivo que obligó á la familia á solicitar el auxilio de un establecimiento benéfico próximo, sin prescindir de avisarme con urgencia; vista la gravedad del caso y personado en el domicilio, la púerpera se encontraba ya tranquila, pero al poco tiempo se inicia un segundo acceso que se desenvuelve á mi presencia, y que no daba lugar á duda por el carácter de su invasión, seguido de convulsiones tónicas y clónicas, recuperando aquélla á su terminación el conocimiento, pero no el recuerdo de lo acaecido.

Diagnosticado dicho acceso de eclámpico, se le instituye el tratamiento pertinente, y que he de citar, habiendo observado en esta enferma durante los cinco días en que la afección llega á su declinación, precursora de su desaparición, *cuarenta y dos* accesos de diferente intensidad, caracterizándose algunos por coma profundo de más ó menos duración, pero el último fué seguido de uno de más de veinticuatro horas, con respiración estertorosa, irregularidad y poca tensión del pulso, cianosis y anuria completa, y en su vista, siendo extrema la gravedad de la enferma, mi impresión fué altamente pesimista.

Afortunadamente, la acción persistente de la medicación contra el estado comatoso pudo dominarlo, é iniciándose la diuresis con emisiones involuntarias de orina, puesto que antes los cateterismos dieron resultados negativos, empezó el despejo cerebral lentamente, pero con progresión, al extremo de que en un par de días este era completo, salvo ligeras perturbaciones en la ideación, y con la falta absoluta del recuerdo á lo sucedido.

El restablecimiento de esta enferma fué completo á los pocos días, teniendo la satisfacción de darla de alta completamente bien, y así continúa á los tres meses, sin consecuencia alguna de la grave afección sufrida.

Este caso es, como digo antes, raro; la eclampsia en el embarazo y parto la observamos especialmente en primíparas, aunque no con gran frecuencia, pero en el puerperio y adquiriendo tal intensidad, constituye hecho excepcional, dando motivo, por tanto, para discutir una vez más en nuestra mentalidad la causa productora de este estado convulsivo.

Las teorías é hipótesis emitidas para explicarlo, no

tienen en este caso adaptación más que muy ligeramente en su relación con la disminución escasa de la cantidad de urea, y que me inclinó á someter á la gestante á dieta láctea incompleta, sin que diera motivo, por tanto, á resultado satisfactorio.

La falta absoluta de albúmina en la orina nos demuestra en éste, como en otros casos observados durante la gestación y el parto, que esta no tiene una relación directa ni simultánea con el acceso eclámpico en algunas ocasiones, pudiendo existir albúmina en la orina de la embarazada sin que se exteriorice el estado convulsivo en el embarazo y parto y puede éste presentarse sin la comprobación de aquélla; hechos de esta clase los tengo observados, y el que motiva estas consideraciones es ejemplo preciso de esta afirmación.

Faltando el edema de causa renal por ser normal la cantidad de orina emitida, ni el determinado por hidremia por ser la nutrición y vigorización de la enferma excelente, da motivo á prescindir de las antiguas teorías de la urinemia y del edema cerebral.

La teoría biológica, por haberse presentado la eclampsia en estado puerperal, no puede adoptarse como medio explicativo de aquélla, pues no habiendo existido retención placentaria ni en grado mínimo, no puede pensarse que elementos sincetiales desprendidos de éste fuesen ingresados en la circulación sanguínea de la púerpera, dando lugar á dicho acceso convulsivo.

La disminución en la cantidad de urea observada en el análisis de orina durante el embarazo era poca, pues alcanzaba á 3 gramos de los 22 y fracción por litro de ésta, y, por tanto, no dá satisfacción completa el hecho de que siendo la disminución de urea expresión de la no transformación del carbonato amónico por perturbación de la función hepática, diera lugar á un estado de intoxicación intenso, tanto más, cuanto al efectuarse el parto tiene lugar una deplesión sanguínea de las vísceras abdominales, resultado de la regularización de la circulación, por efecto de vaciamiento del útero; así es, que la alteración funcional en ellas es anulada por el motivo expresado.

Teniendo presente la autointoxicación de las embarazadas, no por el carbonato amónico, sino por la retención aun con la eliminación fisiológica de orina como sucede en este caso de ciertos productos tóxicos, que pueden quedar retenidos en ocasiones en su organismo, por razones ó causas aún desconocidas, constituyendo dicho estado factor predisponente á su presentación, reforzado quizá por la retención urinaria que suele seguir al parto, y mucho más con la disminución durante el estado eclámpico, pues los sondajes dieron en ocasiones resultados negativos según se deja expresado, por no haberse extraído cantidad ni aun pequeña de orina; son consideraciones bastantes para pensar en esta causa, pues como ya se indicó, la disminución de la cantidad de urea observada no es posible que diera lugar por su transformación á tantos accesos convulsivos, y á un estado de gravedad tan extrema.

Mucho se ha escrito y hablado en los centros científicos sobre este estado complicativo en la parturiente;

pero, á pesar de ello, hay que condolerse que respecto á la causa productora no tenemos actualmente ningún dato de precisión, que pueda orientarnos en clínica con seguridad acerca de un tratamiento preventivo, eficaz, teniendo en cuenta que ni la albúmina es expresión de segura presentación del acceso eclámpico, ni siempre que ésta exista lo será de afección renal, porque puede apreciarse en la orina por otras causas del reservorio vesical y aun por simple alteración de la inervación renal.

También nos dice este caso que, á pesar de no existir ningún síntoma de preocupación durante el embarazo, no podemos estar tranquilos en el parto, ni en el puerperio, como ha ocurrido, pues aunque se dice que si la eclampsia se presenta alguna vez en éste, se trata de accesos muy limitados en número y de poca intensidad, y, por tanto, exentos de especial gravedad, y habiendo observado lo contrario, creo que este caso constituye una nota para la práctica, digna de no olvidar por el tocólogo.

El tratamiento á que se sometió la enferma es el de todos conocido; siendo la eclampsia un acceso convulsivo, síntoma de una causa ó proceso cuya génesis es todavía poco precisa para instituirlo bien fundamentado, es al sintomático al que hay que acudir, y siendo el desorden de la inervación el que lo determina, á éste tenemos que contrarrestar por la medicación sedante y calmante, siendo la preferida la morfina en inyección subcutánea en dosis que varían según la intensidad y aproximación de aquéllos, y que empleada á su vez con arreglo á ciertas particularidades de la enferma, por lo que se refiere muy preferentemente á ausencia de estados cardíacos, y, por tanto, siendo buenas las condiciones del pulso, dicho fármaco suele dar excelentes resultados.

El bromuro potásico é hidrato de cloral en enemas puede emplearse simultáneamente ó como medicación consecutiva á la morfina, en aquellos casos y circunstancias que se crea indicada, y en este así se efectuó, disueltos en pequeñas cantidades de leche, añadiéndoles yema de huevo, que no sólo evitan la acción irritante en el recto de estos medicamentos, sino que suple en parte la deficiencia en la alimentación, por la dificultad y espasmo deglutorio de estas enfermas, cuando los accesos son muy frecuentes y van seguidos de coma más ó menos pronunciado é intenso.

Las inyecciones subcutáneas en cantidad bastante de suero Hayen fueron prescritas, pues sabido es que favorecen la diuresis suprimida, ó por lo menos altamente disminuida en las eclámpicas, como lo demuestra el resultado incompleto y negativo á veces de los sondajes efectuados por la falta de eliminación espontánea de orina, neutralizando además el estado hipertóxico del medio sanguíneo por los productos tóxicos ó venenos retenidos en el organismo.

Por último, y teniendo en cuenta que los incidentes complicativos por parte del cerebro, pulmón y corazón, son los que determinan la muerte de las eclámpicas, se empleó un tratamiento que podemos llamar preventivo de los mismos, pues no se llegaron á presentar, y,

por tanto á diagnosticar, habiéndose sometido la enferma á las aplicaciones de hielo á la cabeza, á las ventosas frecuentes al tórax y á las inyecciones de tónicos cardíacos, no sin olvidar la sangría, que se efectuó dos veces, pues si bien no podemos darle por sí sola una acción curativa, es innegable que unida al tratamiento precedente presta benéficos auxilios, y si bien en él no existe ninguna novedad para el éxito obtenido, enseña que los medios hasta hoy conocidos se deben emplear simultáneamente, tanto más, cuando se trata de casos tan graves como el expuesto, y no menos impresionante, por no haberse podido sospechar su presentación en el parto por las razones expuestas, ni mucho menos en el puerperio, cuyo accidente es por demás, repito, de extrema rareza.

CONFERENCIA DEL DR. FAURE

EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA EL DÍA
15 DE MARZO DE 1921. (1)

El Dr. Cortezo.—Señores: El ilustre profesor Faure va á honrarnos esta noche con una conferencia, que seguramente será admirable, como todas las suyas, acerca de la Laparotomía. Si yo me atreviera á hacer una presentación de este hombre eminente, ofendería su personalidad y ofendería vuestra ilustración, pues que á todos os es bien conocido el mérito indiscutible y la reputación mundial de este profesor.

El Dr. Faure.—Señores: Deseo, ante todo, expresar mi agradecimiento, por la acogida que nos habéis dispensado y no encuentro mejor medio que esta conferencia, para procurar corresponder á ella.

Mi colega y amigo-Marion, en la interesante, expresiva y muy bella conferencia que nos dedicó ayer tarde, nos decía que la prostatectomía era la operación más bella de la Cirugía. Tal vez tenga razón, si se la considera desde el punto de vista de sus resultados, que son verdaderamente maravillosos, pero en mi calidad de ginecólogo protesto de esta afirmación; yo considero que la histerectomía abdominal, sobre todo cuando se aplica á un fibroma y á un fibroma bastante voluminoso, cuando se puede hacer una operación que pueda ver todo el mundo y no una prostatectomía, que nadie la ve, es una operación que desde el punto de vista de la elegancia y de todo lo que puede pedirse al arte operatorio, es la más bella de la Cirugía actual.

Pues bien, señores, yo quisiera decirlos esta tarde, en algunas palabras, de qué manera se llega á realizar esta operación en condiciones de precisión, de elegancia y de rapidez.

La histerectomía abdominal, mientras la practiquemos tanto como hasta ahora (porque con los medios modernos de los Rayos X, del radio, etc., yo no sé si la practicaremos siempre en igual escala y hasta es posible que dentro de un cierto número de años no haya necesidad de practicarla nunca, pero en tanto, es preciso aprovechar y conservar las indicaciones de esta bella operación); la histerectomía abdominal es una operación, repito, que puede ser hecha en condiciones de sencillez extraordinaria, cuando se quiere seguir una técnica precisa, con la precisión que M. Marion nos ha dado ayer para la técnica de la prostatectomía, siempre que se la despoje de cosas inútiles, y en la que el procedimiento que es necesario emplear, el mobiliario que hay que utilizar, lo son por algún motivo, el método también supone algo, los ins-

(1) Traducida por E. Luengo.

trumentos mucho y la habilidad personal del cirujano supone en realidad mucho más.

Para lograr hacer una bella operación, se necesitan desde luego muebles, el mobiliario. Los muebles son muy pocos, los veréis en seguida en el cinematógrafo, pero conviene decirlos de ellos, antes, unas palabras.

El primer mueble es una buena mesa; se necesita una buena mesa de operaciones, fácil de elevar y bajar; en la histerectomía abdominal, nos servimos del plano inclinado hasta 45° y algunas veces más; se necesita, pues, una buena mesa de operaciones.

Desde el punto de vista de los instrumentos, tampoco se necesitan muchos. Sólo hay dos ó tres especiales y uno de ellos, como instrumento deseable, es el separador de Doyen, la gran valva de Doyen; es imposible hacer una buena operación abdominal, sin ver lo que se hace; debemos verlo y para ello necesitamos un separador de Doyen.

Otro instrumento necesitamos y que yo he perfeccionado de una manera extraordinariamente sencilla: es la horquilla que reemplaza al tornillo; es un perfeccionamiento insignificante, pero que desde el punto de vista de la perfección de la visión, tiene una importancia bastante grande.

Fuera de este separador y de su horquilla, insisto sobre la necesidad de tijeras grandes, rectas y curvas; estas tijeras grandes tienen una importancia particular, porque permiten seccionar fácilmente el cuello uterino. Como diremos dentro de un instante, el cuello uterino es el todo en una operación de histerectomía y es preciso, por tanto, que se pueda disponer de tijeras largas y curvas, porque si no, no se puede cortar el cuello.

Desde hace veinticinco años empleo pequeñas pinzas, que llamo «pinzas uterinas» y que tienen ramas muy largas y dientes muy cortos; y, finalmente, agujas, que denomino «agujas de pedal» y que no son más que una aguja de Reverdin, en la que he hecho reemplazar sencillamente la pequeña curvatura por una curvatura mayor, pequeña invención que permite hacer ligaduras profundas y dan una facilidad considerable á la operación.

Y he aquí, señores, todos los instrumentos particulares necesarios. Veréis que no tienen una importancia muy grande.

¿Cómo hay que hacer la histerectomía abdominal? Desde luego, en las condiciones ordinarias (no hablo del cáncer del útero, por ejemplo, sino solamente de los casos de fibroma ó de salpingitis). ¿Hay que hacer una histerectomía subtotal, es decir, supravaginal, hay que incidir todo el útero y practicar la desinserción total del cuello, ó hay que dejar la parte vaginal del cuello?

De las dos histerectomías, la histerectomía total y la histerectomía subtotal, hay que hacer en la inmensa mayoría de los casos la histerectomía subtotal, y he aquí por qué. ¿Por qué? Porque esta histerectomía es infinitamente más sencilla y más fácil, y la sencillez en una operación es mucho. Una operación sencilla y fácil tiene consecuencias menos graves que una operación difícil. En la histerectomía subtotal la hemostasia es absolutamente más sencilla; cuando se ha hecho una histerectomía total, la hemostasia es muy difícil, y en la histerectomía subtotal, como veréis inmediatamente, una simple ligadura en cada lado uterino basta, quedando asegurada la hemostasia.

La asepsia es una de las primeras condiciones de una operación, sea la que sea. Yo no abro la vagina; no es dudoso que cualesquiera que sean las precauciones que se tomen, hay siempre en esta vagina, sobre todo en los casos en que se opera por enfermedades agudas, una asepsia insuficiente; el calor es el único agente capaz de asepticarla, pero no se puede poner la vagina en el autoclave, y entonces es pre-

ciso aproximarse lo más posible á las condiciones ideales de asepsia por el hecho de una histerectomía subtotal.

Existe todavía otra razón: cuando hay una histerectomía total y os veis obligados á despegar el útero de la vejiga, mortificáis, por tanto, en cierto modo la parte posterior de la vejiga. Además, cerca del cuello hay un órgano que pasa muy próximo de la inserción vaginal y que puede ser lesionado algunas veces; es el uréter, y se corre menos riesgo de herir el uréter en la histerectomía subtotal que en la histerectomía total. Por lo tanto, existen inconvenientes por parte de la vejiga y del uréter que no existen en la histerectomía subtotal.

Finalmente, señores, existe otra razón, y es que en la histerectomía total, el vaciamiento pelviano es mucho más considerable; el cuello queda suspendido al nivel de la pelvis por el ligamento útero-sacro, la vagina conserva por consiguiente su configuración normal, lo que, en resumen, tiene una importancia bastante considerable. El cuello está en este caso suspendido en el fondo de la vagina por el ligamento útero-sacro; la bolsa pelviana queda absolutamente intacta; por lo tanto, no es dudoso, dadas las condiciones de una sencillez grande, de una hemostasia mejor, de una asepsia más perfecta, de riesgos menores por parte de la vejiga y del uréter, no es dudoso que la histerectomía subtotal es una operación más sencilla, fácil y ciertamente menos grave. Es difícil encontrar una operación menos grave que otra; no siempre se sabe á cuál de ellas atenerse, pero es preciso confesar que no es posible encontrar una operación más sencilla, más aséptica, menos hemorrágica, ó sea menos grave que la histerectomía á que nos referimos.

Pues bien, señores, ¿cómo debe hacerse esta histerectomía subtotal? Es necesario darse cuenta de los ligamentos y de los vasos que van al útero, la arteria peri-uterina, la útero-ovárica, que es importante, y de los medios de sostén. El útero está sostenido por el ligamento ancho, el ligamento útero-pelviano, es decir, el repliegue peritoneal que encierra los vasos. Cuando el ligamento ancho ha sido seccionado no queda más que un punto de fijeza visible, que mantiene el útero sobre la pelvis; este punto está determinado por las inserciones vaginales. En tanto que las inserciones vaginales permanezcan intactas, el útero se mantiene firme. Pues bien, señores, si se quiere seccionar el útero, una de las cosas de las que hay que desembarazarse ante todo son las inserciones vaginales del cuello. Es preciso cortar el cuello con la tijera: cuando el cuello ha sido cortado el útero no está ya sujeto, y entonces se separa con una gran facilidad, sólo continuará fijo por adherencias patológicas cuando existan, y en seguida veréis cómo se le puede dar la vuelta para evitar estos inconvenientes. En los casos ordinarios, el procedimiento mejor es el de Kelly, colega americano que ha descrito un procedimiento que consiste sencillamente en esto: comenzar la operación por un lado y terminarla por otro tranquilamente. El procedimiento de Kelly consiste en seccionar el ligamento ancho de un lado, poniendo este ligamento lo más accesible que sea posible y seccionarlo después, y coger con una pinza el ligamento útero-ovárico y el redondo. Cuando se ha recortado el ligamento ancho se ve la arteria uterina, se coloca una pinza, se da un tijeretazo al cuello—cuando las tijeras son buenas, lo cual es raro, sólo se necesita un solo tijeretazo, ordinariamente hacen falta dos ó tres—, se pone otra pinza en la arteria uterina, se bascula el útero, se coloca otra pinza en el ligamento ancho del lado opuesto y la operación de la histerectomía está terminada.

Ahora nos encontramos en presencia de la reconstitución de la pelvis que es una operación delicada y que se hace de la manera siguiente. (Lo dibuja en la pizarra.)

He aquí, señores; la cosa es extremadamente sencilla. Cuando se ha separado el útero, queda un fondo de vagina que es como ésto. Aquí tenéis la arteria uterina cortada y aquí la arteria uterina del otro lado, igualmente cortada, un ligamento ancho que está abierto en cada lado, el ligamento redondo y aquí el pedículo útero ovárico. Pues bien, señores, hay que hacer la ligadura. Yo la hago siempre del siguiente modo (estos son los detalles más importantes): con la misma aguja curva que decía momentos antes, atravieso los tejidos, la saco fuera y entonces pongo el hilo, como lo veréis en las proyecciones, haciendo tres nudos. Para el cuello se hace lo mismo; en estos dos pedículos se ponen seis ligaduras en las operaciones normales, y una vez hechas las ligaduras, no hay más que reconstituir, hacer lo que se llama la peritonización, la reconstitución del peritoneo. Y después, os repito, no hay más que cerrar el abdomen, lo que se lleva á cabo según las costumbres particulares de cada uno. En una de las proyecciones veréis la sutura en tres ó cuatro planos y en la otra en un solo plano; ésto no tiene una gran importancia. (*Proyecciones.*)

Existen casos en los que no se puede emplear este procedimiento por dificultades particulares. Se puede insistir sobre todos estos detalles, pero sólo quiero hablaros de dos procedimientos, representados en el cinematógrafo. Estos dos procedimientos son, el primero, el procedimiento por despegamiento posterior del cuello, y el otro el procedimiento por disociación. Los procedimientos empleados desde hace veinticinco años y extremadamente sencillos, os los resumiré en dos palabras.

El procedimiento por despegamiento del cuello se basa en el principio de que el útero no está fijo más que por el ligamento ancho, y que cuando se corta éste, el útero ya no queda fijo. Existen casos en los que se puede comenzar la operación por la sección del cuello. Cuando se trata de un gran fibroma, se comienza la operación cortando el cuello por medio de uno ó dos tijeretazos, y cuando el cuello uterino está seccionado, basta pasar el dedo y tomar con la mano el ligamento ancho, punzarle, cortarle, bascular el útero y se separará éste en algunos segundos.

El procedimiento por disociación es completamente diferente, y que, por el contrario del anterior, es aplicable á casos muy difíciles, en los que solo se puede separar el útero y los anejos por este procedimiento. Cuando nos encontramos un útero con salpingitis muy adherentes de los dos lados y no se puede aplicar la técnica primera, por razones muy largas de explicar, cuando no se puede atacar el cuello uterino, ni ninguno de los anejos por abajo, cuando no se puede pasar á derecha ni á izquierda, en estas condiciones, se pasa por el medio; siempre se puede pasar por el medio, casi siempre; y después de haber seccionado se obtiene la libertad de los anejos. Es un procedimiento que no hay que emplear más que en los casos que se encuentren en condiciones análogas á las apuntadas, en casos muy difíciles.

La proyección que vamos á ver ahora y de la que os diré algunas palabras, es sencillamente una anexitis por el procedimiento de Kely.

Esto puede dar la idea de como se puede hacer en algunos minutos la histerectomía del modo más sencillo y completo. Veis que se puede hacer con bastante habilidad una histerectomía completa en menos de una hora. Hay cirujanos que tardan hora y media, pero es porque no hacen las cosas sencillamente.

Y ahora, sólo me queda daros las gracias por la acogida que hemos tenido por parte del Decano de la Facultad, señor Recasens y de la Academia de Medicina, que nos ha hecho el honor de acogernos de una manera tan fraternal.

El Dr. Cortezo.—Señores, como habéis visto, he acertado en el pronóstico que hice al tener el honor de presentaros al Dr. Faure, y ahora sólo me resta que me permitáis tomar vuestra representación para que dé las gracias más cordiales, *exime pectore*, á estos dos ilustres profesores, Marion y Faure, que nos han honrado con sus admirables conferencias.

Messieurs: J'ai l'honneur de vous remercier au nom de l'Académie Royal de Médecine et j'espère que cette manifestation fraternelle dont vous nous avez parlé, sera le commencement du ralliement entre la classe médicale espagnole et la française.

J'ai l'honneur de vous sentir former part de la liste de Membres Correspondants, et j'espère que cette liaison de deux peuples qui ont contribué á l'honneur de ses nations par la Science et par le travail, sera le commencement du progrès et que l'état actuel de l'humanité arrivera on ne sait pas quand, mais qui en fin il fera disparaître absolument les paroles, peuple, nation, quartier, et sera le signal de la redención de l'humanité.

FACOERESIS ⁽¹⁾

POR EL

DR. I. BARRAQUER

5. Iridectomía:

Si se trata de una catarata muy voluminosa, muy hinchada, se puede practicar una iridectomía. Sin embargo, ella predispone al enclavamiento de las fibras de la zónula, por lo que nos mostramos cada día menos partidarios de ella.

Si queremos con toda seguridad no tener hernia del iris, conservando las ventajas de la extracción simple, practicamos una brecha del iris conservando el esfínter; para ello, un pellizco en su parte más periférica es seccionado con una pequeñísima pinza-tijera, parecida á la de Wecker, debajo de la córnea, sin estirar el iris hacia afuera (fig. 7.^a).

6. Extracción:

Para este tiempo no debe emplearse fijación alguna del globo; el ayudante aprieta el párpado inferior sobre el pómulo, manteniéndolo ligeramente separado del ojo, mientras el operador con la mano izquierda levanta hacia adelante, con el elevador de Desmarres, el párpado superior, invitando al enfermo á mirar abajo; cogiendo el erisifaco con la mano derecha, como queda indicado en el grabado 9.^a, sin hacer la menor presión sobre su válvula, introducimos en la cámara anterior, por el lado de la punción para el ojo derecho, y por el de la contrapunción para el izquierdo, la ventosa hasta el centro de la pupila y aun más abajo, detrás del iris, resbalando sobre la cristaloides sin ejercer la menor presión sobre el cristalino, pero adaptada en toda su superficie. Sin imprimir un menor movimiento al instrumento, apretamos con el pulgar su botón y damos paso al vacío.

Al enrarecerse el aire en la pequeña ventosa, ella se adhiere al cristalino que debe hallarse perfectamente adaptado á la superficie de su reborde, y como la intensidad de este enrarecimiento crece por intermi-

(1) Véase el número anterior.

tencias ó sea por pequeñísimas sacudidas, se imprime á todo el sistema cristalino una vibración suficientemente intensa para romper las fibras de la zónula; aquella vibración es también lo suficientemente rápida

desprende del erisifaco. En el segundo, sólo hemos practicado una amplia quistiectomía.

Una vez hecha presa del cristalino por medio del vacío y rotas las fibras zonulares para retirar la catarata

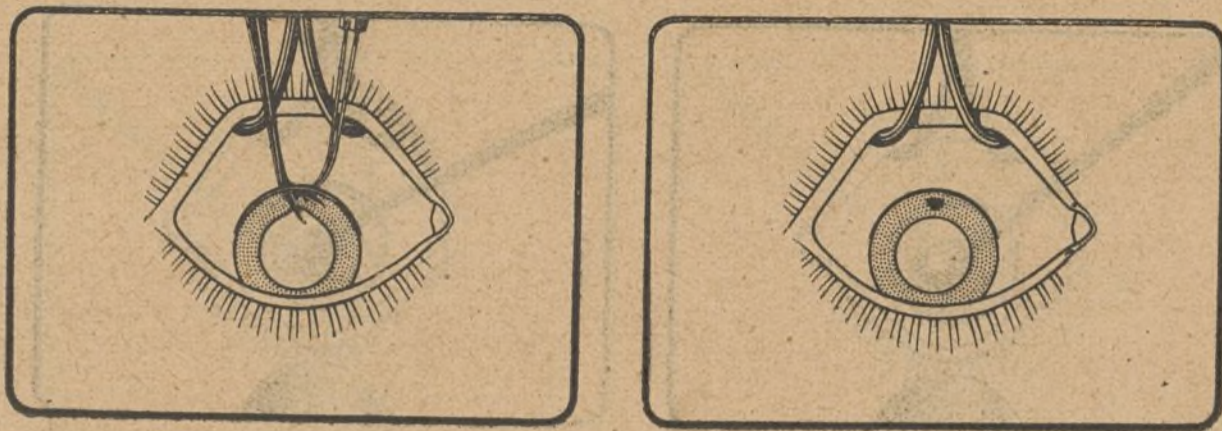


Fig. 7.ª

para que aquellas fibras se rompan cerca del cristalino, sin que el movimiento vibratorio tenga tiempo de transmitirse á la inserción periférica de las mismas; ellas se habían puesto tensas por la disminución que

ta de su emplazamiento, si la operación es combinada, basta adelantar su borde superior mientras camina hacia arriba de modo que el borde inferior del cristalino siga la curva de la foseta patelar, en contacto con ella, sin ejercer sobre la superficie del vítreo la menor presión, y procurando que su cara posterior roce, al finalizar este tiempo, con el labio escleral de la herida, dirigiéndole en este momento hacia el lado del colgajo opuesto á aquel por el que entró la ventosa en la cámara (fig. 11). Si intentáramos sacarle por la parte media del colgajo, tropezaríamos con el elevador, ó nos vería-



Fig. 8.ª

sufre el diámetro del cristalino, deformándose, al ocupar parte de su masa, el interior de la ventosa (fig. 10).

La intensidad que deba emplearse en cada caso oscila entre 50 y 70 centímetros Hg., según la elasticidad

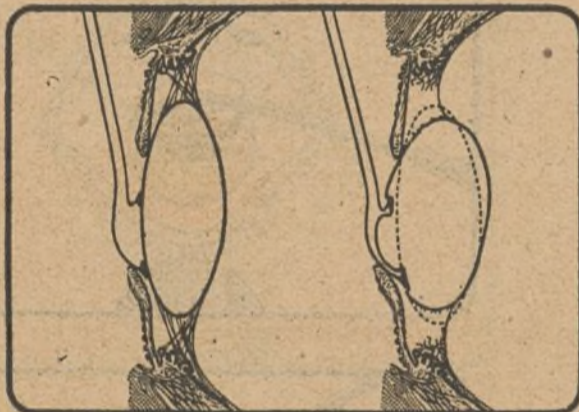


Fig. 10.

mos precisados á levantar mucho el colgajo, dado que el paciente no debe mirar desmesuradamente hacia abajo, ni debemos abrir demasiado la hendidura palpebral: una abertura de los párpados desmesurada ó una depresión de la mirada excesivas, predisponen á la hernia vítrea.

En los casos de extracción simple y con brecha periférica, acostumbramos á sacar el cristalino por su borde inferior, lo que se logra haciéndolo subir en primer lugar directamente hacia arriba menos de un milímetro, y haciendo que su borde inferior, rozando á la cara posterior del iris, se convierta en superior, en cuyo momento toda la cara posterior del cristalino queda en contacto con la parte posterior de la córnea, y se termina la extracción como en la combinada, dirigiéndole hacia el lado contrario al de la entrada de la ventosa y rozando ella en este caso con el labio escleral de la herida (fig. 12). Sin embargo, en las cataratas morgagnianas ó en las muy duras y retraídas, la maniobra de

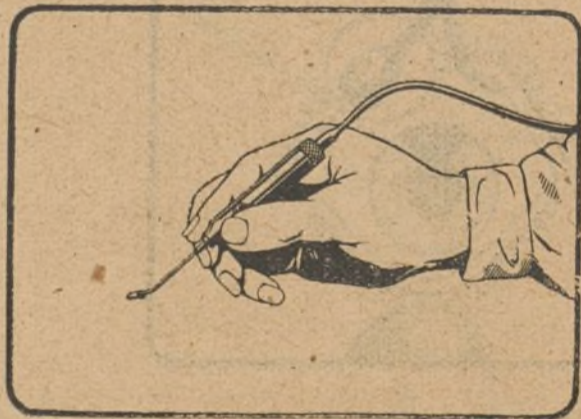


Fig. 9.ª

del cristalino, ó sea estado de madurez de la catarata, y casualmente estas cifras guardan cierta relación con la edad del sujeto; de todos modos únicamente la práctica y un previo y detenido examen de las condiciones físicas de la zónula y el cristalino, pueden indicarnos el grado de vacío á emplear en cada caso.

Con una intensidad insuficiente, las fibras de la zónula no se rompen; con una intensidad excesiva puede romperse la cápsula. En el primer caso la catarata se

la extracción puede ser la descrita para la extracción combinada, aun siendo simple.

Durante el transcurso de las maniobras de extracción, que deben ser llevadas á cabo con lentitud y su-

colgajo, oficio que en los casos de extracción combinada debe hacer un estilete entrado delicadamente por la herida hasta los ángulos del coloboma, que se procurará queden bien emplazados. Si el colgajo ha sido esclero-

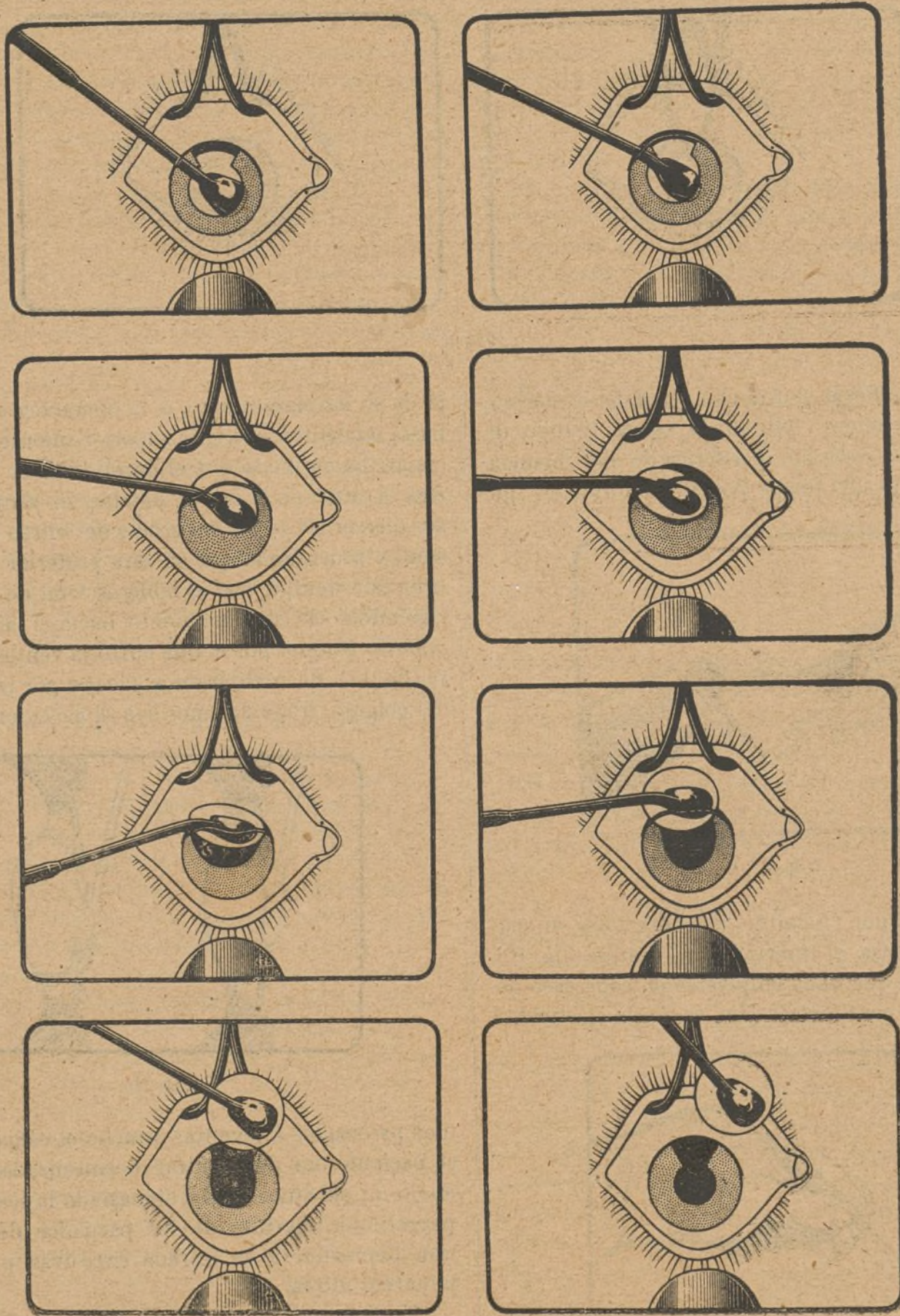


Fig. 11.

vidad, es preciso que el enfermo no mire desmesuradamente abajo; que los párpados estén tirados hacia delante, á fin de no ejercer presiones en el globo y que en ninguna de las posiciones que toma la catarata durante este tiempo pueda comprimir el vítreo.

7. Toilette:

Este tiempo se reduce en los casos de extracción simple ó con brecha periférica del iris, á poner pomada de eserina al 0,5 por 100, pues el miosis que produce impide el enclavamiento de las fibras en los labios del

conjuntival, procuramos que aquella lengüeta quede bien aplanada, ó anudamos la sutura en caso de haberla practicado; un arrollamiento de colgajo conjuntival puede retrasar su cicatrización. Con una pinza retiramos los pequeños coágulos que puedan quedar adheridos á la conjuntiva.

8. Vendaje:

El paciente cerrará ambos ojos con suavidad, como si durmiera, y toda la hendidura palpebral es cubierta con vaselina sublimada al 1 por 3.000 para

destruir los gérmenes que el crecimiento de las pestañas arrastra fuera de la piel. Una rondela de una sola hoja de gasa de forma oval de 4 por 5 centímetros, se amolda sobre los párpados humedecida con suero; con

de algodón de espesor uniforme, entre dos gasas, son reprobables; las vendas alrededor de la cabeza producen presiones desiguales á cada movimiento sobre la almohada.

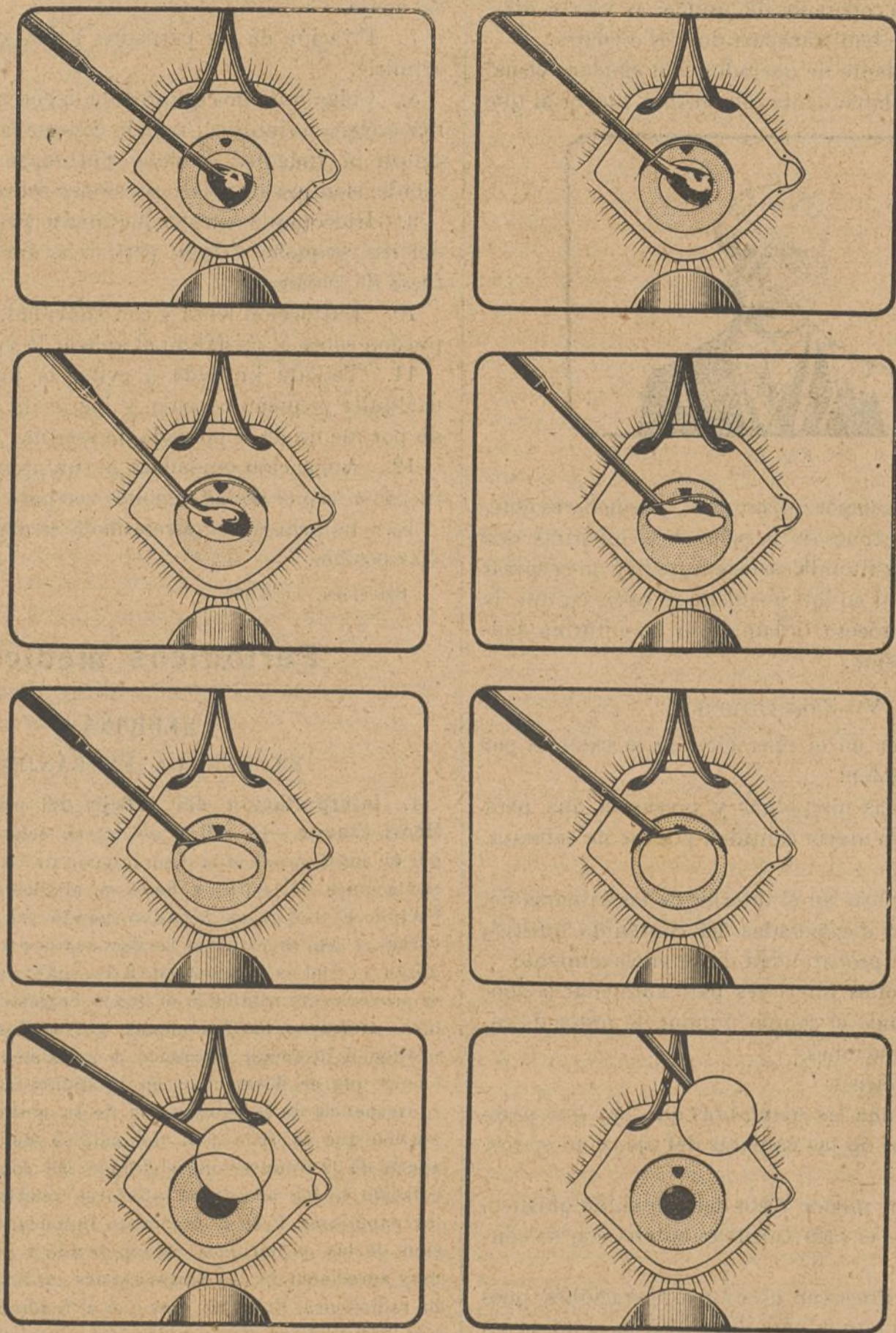


Fig. 12.

pequeños copos de algodón se rellenan los huecos de la órbita hasta el nivel de la ceja, pero sin rebasarlo. El todo se cubre con una gasa de forma de anteojos que sujetamos con unas tiras de aglutinante adhesivo, en la disposición que indica el adjunto grabado. Procuraremos que este apósito no recubra más que el perímetro de las órbitas (fig. 13).

Los apósitos que existen preparados con una capa

IV.—CUIDADOS POSTERIORES DEL ENFERMO.

Tres ó más días consecutivos dejamos al paciente este vendaje binocular, después de los que se sustituye por un monóculo durante una semana. En este período de tiempo, por lo general, no debe practicarse tratamiento alguno, pues si la operación ha sido llevada á cabo observando las reglas necesarias en cada caso, la

mayor parte de enfermos no presentan reacción ni complicación alguna; vése la pupila negra, central, redonda, reaccionando á la luz, é iridodonesis.

Lo que llama la atención á los que ven la primera cura, en mis operados, es que ofrecen, por lo general, el aspecto de un operado de quince ó veinte días, cuando solamente han transcurrido tres ó cuatro.

El tanto por ciento de operados con agudeza visual igual á 1, es indudablemente muchísimo mayor al que



Fig. 13

obtenemos operando por quistitomía, y aquella es obtenida pocos días después de la operación, mientras que en los casos de quistitomía casi siempre hay que esperar unas semanas, aun en los poquísimos casos en que la cápsula ó algún proceso inflamatorio no enturbia definitivamente la visión.

V.—CONCLUSIONES.

1. Los fracasos en la operación de la catarata por quistitomía dependen:

De las repetidas maniobras y presiones que para desalojar del ojo la mayor cantidad posible de catarata, se practican.

De la persistencia en el interior de las cámaras del ojo de sustancias degeneradas del contenido quístico y de su bolsa y la probabilidad de su enclavamiento.

De intervenciones ulteriores para aumentar la agudeza visual, librando el campo pupilar de restos de catarata ó de inflamaciones.

2. Con la Facoirisis:

Reducimos á una las maniobras que hay que practicar en el interior de las cámaras del ojo, y no ejercemos presiones.

No dejamos el menor resto del contenido quístico, ya que extraemos el saco capsular entero, con su contenido.

No hay que practicar ulteriores operaciones, pues nada queda en la pupila para disminuir la agudeza visual.

3. El erisifaco es esencialmente una pinza neumática y un zonuletomo, toda vez que la ventosa coge el cristalino y rompe las fibras de la zónula al imprimirle el movimiento vibratorio.

Es un instrumento de ejecución esmeradísima y delicada, y debe ser perfecto en todos sus detalles, dimensiones, ajustes, amplitud, intensidad y número de vibraciones, etc., etc.

4. La operación es fácil y simple y requiere las siguientes condiciones:

5. La sala de operaciones poco iluminada y el campo con fotóforo.

6. Dilatación máxima pupilar, anestesia y antisepsia. Educación del paciente ó parálisis del orbicular. El paciente no debe mirar nunca desmesuradamente hacia abajo.

7. Fijación de los párpados y del globo, sin comprimirle.

8. Colgajo de dos quintos de la córnea, con un vértice escleroconjuntival, tallado con suavidad y sin comprimir ni violentar el globo. Sutura, si se cree conveniente, siempre sin hacer presiones sobre el ojo.

9. Iridectomía, excepcionalmente; preferible brecha del iris, pequeña y muy periférica, sin estirar el iris fuera de la cámara.

10. Extracción lenta y con suavidad, no ejerciendo presión sobre el cristalino al aplicar la ventosa.

11. Toilette limitada á evitar la interposición de cualquier pequeño coágulo, y lograr un miosis graduado por medio de la pomada de eserina.

12. Aplicación cuidadosa de un apósito fijado solamente á la piel de las regiones vecinas.

13. La primera cura retardada el mayor número de días posible.

Barcelona, Abril 1921,

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Interpretación del reflejo del plexo solar, por Henri Claude.—El reflejo del plexo solar, dado á conocer por el autor, produce la disminución de la amplitud de las oscilaciones del pulso y hasta su abolición, en el aparato Pachón. El reflejo es negativo cuando las oscilaciones no varían, y está invertido si las oscilaciones aumentan de amplitud, lo cual es excepcional. Este reflejo es inconstante y se provoca comprimiendo el hueco epigástrico. Algunos autores atribuyen los fenómenos provocados por esta compresión á un factor mecánico, á la existencia de perturbaciones que se desarrollan en la hidráulica circulatoria, á consecuencia de la compresión de la aorta abdominal. Es posible que la reducción del calibre del tronco aórtico, aparte de la compresión, modifique las condiciones de circulación de los miembros inferiores relativamente á la de los superiores. Pero el fenómeno importante es la suspensión de las oscilaciones respondiendo á una modificación muy apreciable de las contracciones cardíacas en la pantalla radiológica. El autor cree que el fenómeno no se debe á una perturbación de la hidráulica circulatoria, por varios argumentos: 1.º El fenómeno debería producirse en todos los sujetos y sobre todo en los delgados, en los que se comprime fácil y completamente la aorta y, sin embargo, la experiencia muestra que no sucede así. 2.º El fenómeno que ha sido apreciado en ciertos enfermos durante un cierto período, no se encuentra ulteriormente cuando se han modificado las condiciones patológicas. 3.º En las mismas condiciones experimentales se obtiene el reflejo en el mismo día, después de la inyección de ciertos agentes fármaco-dinámicos, cuando faltaba en cambio una hora antes. 4.º La compresión de la aorta por bajo de la región epigástrica, ó de las dos femorales, no provoca el reflejo. 5.º Si se ejerce

en la región epigástrica una compresión doble á cada lado de la línea media sin comprimir la aorta, cuyos latidos se sienten en los dedos, se puede determinar el fenómeno en los sujetos sensibles á la compresión, en el mismo grado que cuando se ejerce la compresión en la línea media por delante de la aorta. (*Compt. Rend. de la Soc. de Biol.*, número 15, 30 de Abril de 1921).—LUENGO.

2. **Acerca de la diabetes renal y su importancia para la terapéutica de los diabéticos, por el profesor E. Frank.**—La glucosa es de las sustancias que se eliminan con escalón, ó sea que el riñón no elimina en toda circunstancia la glucosa que se encuentra en la sangre, sino sólo cuando la concentración en este humor ha pasado de un límite bastante alto, que según las investigaciones del autor, oscila entre 0,18 y 0,2 por 100 en la sangre total (es decir, en la sangre con todos sus elementos y no en el suero sanguíneo). Pues bien, el autor dice que hay diabetes renal cuando se elimina glucosa por la orina, siendo la proporción de dicha glucosa en la sangre inferior al valor del escalón. Insiste el autor en que esto no quiere decir que haya en la sangre hipoglicemia, porque el escalón no representa la proporción normal de glucosa, sino un límite máximo muy superior á aquélla. No se suele encontrar alteración morfológica ni funcional en los riñones, pero se debe hacer notar que al intentar reproducir este trastorno en los animales, se ha conseguido con dosis pequeñas de urano, cromo, sublimado, que en cantidad mayor determinan nefrosis. La etiología se desconoce en absoluto; los únicos datos que se tienen acerca de ella, consisten en que la inyección intravenosa de extractos de órganos determina la aparición de una glucosuria sin hiperglicemia y que en la mujer embarazada, apenas las vellosidades coriales del huevo recién fecundado han penetrado en la mucosa uterina, su riñón se hace mucho más permeable á la glucosa. Tal vez el ingreso de estos extractos de órganos en la sangre ocasione desplazamientos de iones y modificaciones de alcalinidad en las células renales, porque algunos autores han demostrado en el riñón de la rana, que la propiedad que tiene el epitelio de los glomérulos de retener la glucosa y la cantidad de este monosacárido que se puede llegar á acumular, varían, según los cambios recíprocos, entre células y sangre de potasio y calcio así como según la alcalinidad del líquido que circula por los riñones. De un modo completamente gratuito se ha supuesto antes que las variaciones en la cantidad de hidratos de carbono ingeridos no podían influir en la glucosuria debida á una diabetes renal. No es así, porque la célula renal alterada, lo está en grados diversos y al paso que un individuo elimina glucosa, siendo la proporción de este sacárido en la sangre normal, ó muy poco superior á la normal, en otro no comienza á eliminarla hasta que dicha proporción se aproxima al escalón ó límite máximo. De aquí que á veces en ayunas, la orina esté libre de glucosa, al paso que después de las comidas la contienen.

Como dato de importancia práctica se deduce de ésto que el dato de que aumente la glucosuria con la hiperglicemia alimenticia, no es suficiente para negar que el caso sea de diabetes renal. La enfermedad se suele descubrir casualmente con motivo de un análisis de orina, hecho con cualquier otro motivo. La cantidad de glucosa no pasa de 1 por 100 y á lo sumo llega en las veinticuatro horas á 20, todo lo más 30 gramos. Dicha proporción se refiere á la orina total de veinticuatro horas, porque en algunas micciones aisladas puede encontrarse 1,5 y 2 por 100. Varía esta proporción con la de hidratos de carbono que los alimentos contienen, pero también se observan en ella modificaciones completamente independientes de dicha variación alimenticia. Au-

mentará la probabilidad de que se trate de diabetes renal, cuando el enfermo refiera ó el médico pueda comprobar que otros miembros de la familia padecen una glucosuria ligera. No se suelen quejar estos enfermos de otros trastornos, y cuando los presentan, unas veces son coincidencias y otras son el efecto de haberse enterado el enfermo que padece glucosuria, porque suelen ser síntomas de neurastenia. Lo que no se puede asegurar es si una albuminuria y hematuria que se hallan en algunos de estos diabéticos, son coincidencias ó determinan la alteración del riñón, que da origen á la eliminación de glucosa. En cuanto al pronóstico, se trata de un proceso en absoluto benigno y de aquí que no requiera tratamiento ninguno. Lo que hay que procurar es diagnosticar el proceso con absoluta seguridad para no cometer un error de lamentables consecuencias. V. Noorden opina que la diabetes de los jóvenes que más tarde se hace maligna, suele empezar á manifestarse como glucosuria, sin importancia que no coexiste con ningún otro síntoma. Lauritzen afirma, además, que la verdadera diabetes de los niños y de los adolescentes, empieza siempre por los síntomas de una glucosuria del tipo de la que se ha descrito. El autor opina que la diabetes renal no se convierte nunca en una diabetes sacarina corriente, pero sí se puede confundir con una diabetes hiperglicémica ligera. En ésta coincide la glucosuria con hiperglicemia, pero para tener la seguridad de que esto sucede ó no sucede, hay que extraer la sangre inmediatamente después de una micción de la orina segregada durante un cuarto de hora que contenga glucosa y al cabo de otro cuarto de hora hay que recoger orina de nuevo y buscar en ella la glucosa. Como ya se ha dicho, no hay que someter á estos enfermos á tratamiento alguno y se tendrán á régimen libre. (*Die Ther. der Gegenwart*, Mayo de 1921.)

OBSTETRICIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Un caso de distocia cervical y anular tratado por vía vaginal á indicación de una infección amniótica.**—El Dr. Juan Carlos Carlevaro refiere la siguiente historia clínica:

Angela T. de G., uruguaya, de veinticinco años de edad, casada, ingresa al Servicio de Asistencia y Protección Maternal el 28 de Julio de 1920. No presenta antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Su primera menstruación aparecida á los doce años conservó caracteres de anormalidad antes y después del matrimonio. La última vez que la vió fué en el mes de Septiembre del año pasado, quedando luego embarazada. Este primer embarazo, que es el embarazo actual, se desarrolló dentro de la fisiología normal que acompaña á este estado, habiendo sentido los primeros movimientos fetales á los seis meses. Llega al Servicio con el embarazo á término en trabajo de parto, con una esquila del Dr. Bruel, que dice así:

«La enferma la vi el domingo (25) á las once y media a. m. Presentación cefálica, dilatación del tamaño de una moneda de cinco reales, bolsa de aguas íntegra, feto vivo. El lunes, á las seis p. m., fué llamado de nuevo; dilatación casi la misma, bolsa de aguas rota, contracciones uterinas muy irregulares, ordeno una inyección de morfina. El martes la vi á las ocho a. m. Dilatación de una pequeña palma de mano, pérdida de meconio, la enferma sin fiebre, feto vivo, indico la Maternidad.

La familia me pide una consulta con el Dr. Colistro. La consulta se hace á las cuatro p. m. La enferma tiene la misma dilatación más ó menos. Temperatura 37° 3/5. Quedamos en vernos de nuevo á las once de la noche. Los tactos se han

efectuado con guantes. A las once la enferma tiene $38^{\circ} 1/2$. Dilatación la misma. Decidimos su traslado en las primeras horas de la mañana á la Maternidad. Cuando ingresa á la clínica tiene $37^{\circ} 4$ de temperatura y 130 de pulso. Son las once horas y quince. Genitalmente el líquido amniótico es de color verdoso y espeso, la dilatación es de 6 á 7 centímetros; el cuello borrado es rígido, no edematoso. Vientre normal, no se oyen latidos fetales; contracciones buenas. A las quince horas, temperatura $38^{\circ} 5/10$; pulso 140. A las diez y ocho horas treinta, temperatura $37^{\circ} 6/10$; pulso 134. A las veintiuna horas, al hacerme cargo de la guardia examino á esta enferma. Su estado es el siguiente: Temperatura $37^{\circ} 3/5$; pulso 144; 30 respiraciones. Casi ocho días de trabajo de parto; pues las primeras contracciones dolorosas datan del 21 de Julio á la una de la mañana. Bolsa de aguas rota desde hace tres días. Desde el día siguiente fiebre con alternativas. Embarazo á término, con útero cuyo fondo se alcanza en el apéndice xifoideas (circunferencia umbilical 110, altura uterina 34). Feto en presentación de vértice en D. T. Ausencia de latidos fetales. Del lado genital, vulva, vagina y périné de nulípara, cuello del útero borrado, y con una dilatación de 6 á 7 centímetros; rigidez acerada del cuello, bolsa de aguas rota, líquido amniótico de aspecto purulento. Feto en presentación de vértice en D. T., con una regular bolsa serosanguínea, en asinclitismo posterior y en comienzo de encajamiento. Hay dos dedos entre el parietal posterior y el sacro. No hay desproporción pelvicefálica manifiesta, siendo las medidas de la pelvimetría practicadas, las siguientes: Baudelocque, 20; Bitrocan, 32; Bicrest, $28 1/2$; Biesp., 24, siendo el promontorio inaccesible y el rombo de Micaelis simétrico.

En estas condiciones (parto prolongado, feto muerto en presentación cefálica, proporcionalidad pelvicefálica, rigidez del cuello, buenas contracciones) era fácil hacer el diagnóstico del por qué de la detención del parto que se encontraba clínicamente en la rigidez invencible del cuello uterino, y en consecuencia, y teniendo, además, en cuenta, el mal estado general de la enferma, traducido por un pulso á 144 y 30 respiraciones, resuelvo intervenir de inmediato. La solución se presenta fácil. La dilatación manual del cuello, siendo dificultada por el estado de rigidez y la aplicación íntima de la cabeza al cuello, era imposible de realizar sin determinar desgarros más ó menos extendidos, que tal vez llegáramos á producir, dado el carácter de consistencia del mismo. El balón de Champetier de Ribes era imposible de aplicar sin un levantamiento de la cabeza, además de que si consiguiera colocarlo, estaba seguro de que no determinaría la dilatación completa dado el estado de rigidez del cuello. Los dilatadores metálicos (de Bossi, por ejemplo), dificultados en su aplicación por la misma causa (aplicación estricta de la cabeza al cuello), tenían los peligros propios á esta clase de dilatadores cuando llegan más allá de una dilatación de 6 á 7 centímetros, dilatación que ya teníamos en nuestro caso, por lo cual decido practicar las incisiones de Dürrssen, y, en efecto, previa desinfección cuidadosa, y bajo anestesia al éter, coloco valvas anchas, pinzo el labio anterior, el posterior y los laterales del cuello, y practico, á la tijera, dos incisiones laterales de $1 \frac{1}{2}$ á 2 centímetros de profundidad. Retiradas las pinzas y valvas, la introducción de la mano permite comprobar que las incisiones practicadas han sido suficientes para obtener la dilatación completa.

La intervención, que hubiera limitado aquí llenando la indicación determinada por la rigidez del cuello, tenía que llevarla más adelante, puesto que existía otra indicación que llenar en este caso, tal era la determinada por la infección amniótica seria, el estado general malo de la enferma, que obligaba á la evacuación uterina inmediata, y con ese fin de-

cido practicar una aplicación de fórceps. Al introducir la mano para buscar los puntos de referencia para la colocación de las cucharas, se puso entonces de manifiesto, ante nuestra sorpresa, un anillo de contracción intenso, que aprisionaba al feto al nivel del cuello; he dicho ante nuestra sorpresa, porque ni externamente, ni por el tacto digital, lo habíamos siquiera sospechado. Ante esta nueva distocia me detuve un instante á pensar. El luchar por la fuerza contra aquel anillo era exponer al útero á romperse, y el cuadro tético de la ruptura uterina se presentó imponente á mi cerebro. ¿Interrumpiría la intervención, abandonando el caso hasta que el anillo hubiera cedido completamente á la morfina, para reanudarla después? La postergación de la intervención traía aparejado el alargamiento del período infectante en una enferma infectada.

El mal estado general de la enferma indicaba la terminación rápida del parto, y esa indicación reclamaba ser llevada urgentemente; pero, teniendo en cuenta la posibilidad de la ruptura uterina, ¿debíamos desechar la vía vaginal y dirigirnos á la vía alta para la terminación rápida del parto? El problema se presentaba escabroso y reclamaba pesar bien los factores antes de decidirnos. La abertura del vientre, la cesárea con ó sin histerectomía, tenía graves riesgos en el caso que nos ocupa. En primer término, el traumatismo y *shock* operatorio, en segundo término la infección peritoneal. La cesárea conservadora era una temeridad practicarla en este caso, la cesárea con histerectomía por cualquiera de sus procedimientos dejaba á la mujer estéril. La primera dejaba un útero cicatrizado, y nosotros sabemos de los riesgos de las cesáreas en los embarazos posteriores. No hablemos de las cesáreas extraperitoneales imposibles de realizar, puesto que para llegar por encima del anillo tendríamos siempre que cortar el peritoneo. La vía vaginal, en cambio, empleada sin precipitación y con prudencia, ¿no permitía, por lo menos, jugar una eventualidad feliz? Si una ruptura uterina se presentaba, estábamos prontos para una histerectomía inmediata. En este orden de ideas me decido por la vía vaginal. Morfina 0,02 gramos. Anestesia al éter más profunda. Aplicación de fórceps en DA. Tracciones energicas y continuadas sin ser brutales. Encajamiento total de la cabeza, rotación á OP. Extracción. Extraída ésta, giro el occipucio á derecha tratando de encajar el hombro anterior. Imposible. Giro á izquierda. Nueva tentativa de encajamiento del hombro. Imposible. Ambas maniobras infructuosas. Practico un tacto manual profundo, y éste me pone de manifiesto el anillo de contracción franqueado por los hombros fuertemente contraído sobre los brazos fetales. Hago tracción axilar posterior valido de mis dedos colocados en gancho. Estos no me dan suficiente apoyo. Coloco un lazo en la axila, traccio y desprendo, ayudado de mi mano, el brazo posterior. Luego trato de encajar el hombro anterior. Es imposible. Me veo obligado á girar el feto 90° y transformar el hombro anterior en posterior, para desprenderlo valiéndome del recurso del lazo en la axila. Desprendidos ambos brazos, la extracción fetal se hace rápidamente y da salida á un feto de sexo masculino que nace muerto, mide 55 centímetros de longitud, pesa 3.850 gramos, y cuyo vientre se encuentra distendido por ascitis. Espero el alumbramiento espontáneo media hora, después de lo cual, y como la enferma empezase á sangrar, practico el alumbramiento manual, que me permite á la vez que extraer placenta y membranas, explorar la cavidad uterina comprobando su integridad. Irrigación vaginal seguida de un toque intrauterino de alcohol yodado. Ergotina 1 c. c. La intervención duró desde las veintiuna y media á las veintitrés horas. El pulso, después de la intervención, es de 134. Ordeno bolsa de hielo al vientre, irriga-

ciones vaginales de dos litros de líquido Dakin Carrel, cada dos horas. Los cortes del cuello y un desgarró pequeño del periné no sangran, por lo cual no procedo á la sutura teniendo en cuenta el estado séptico de las partes.

Localmente hubo falsas membranas cérvico-vagino vulvares, que se desprendieron pronto, loquios purulentos que cedieron al drenaje y á la instilación de líquido Dakin Carrel, siendo dada de alta curada el 10 de Agosto, es decir, á los trece días.

Esta historia demuestra que para resolver los distintos casos clínicos no es necesario adoptar *siempre* conductas terapéuticas avanzadas, y que es necesario á menudo recordar las viejas prácticas, aquellas que no necesitan de la laparotomía para resolver los problemas obstétricos. La vía vaginal debe ser todavía en muchos casos preferida, limitando las intervenciones por vía alta á aquellos casos en que están neta y estrictamente indicadas. Seamos avanzistas, pero recordando siempre lo pasado. El avanzar demasiado es tan perjudicial en el terreno científico, que tiene en cuenta la vida, como el permanecer estacionario y encauzado en las viejas rutinas. (*Revista Médica del Uruguay*, Marzo de 1921).

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Investigaciones experimentales sobre el herpes, por G. Blanc y J. Caminopetros.**—Los autores han demostrado que el contenido de una vesícula de herpes inoculado en la córnea de un conejo, provoca una queratitis intensa. El mismo virus, inoculado bajo la duramadre, produce una encefalitis mortal, comparable por sus caracteres clínicos y anatomopatológicos, á la que se obtiene en el conejo con el virus de la encefalitis epidémica. La enfermedad se declara después de una incubación media de cuatro á seis días; los casos más típicos se observan en los animales inoculados con el virus herpético humano ó con el de conejos con queratitis herpética experimental. En el período prodrómico, el único síntoma es la elevación térmica, que puede llegar hasta 41,9. El primer síntoma de encefalitis que presenta el conejo es un movimiento rápido de las patas, que después de detenerse vuelve á comenzar por crisis; después, un movimiento de rotación alrededor del eje longitudinal con recuperación consecutiva de la posición normal del cuerpo; es casi constante el trismus de los maxilares. El animal muere en estado de contractura con las patas en extensión forzada. Por inoculación de materia cerebral procedente de conejos muertos de encefalitis herpética, se reproduce en la córnea del conejo una queratitis típica, y parece ser que el virus adquiere una propiedad neurotrópica, porque se observan casos de muerte por encefalitis, por la simple escarificación de la córnea. Además, una reacción local fuerte puede producir la inmunidad contra la inoculación del virus bajo la duramadre según se desprende de las experiencias practicadas por los autores en este sentido. (*Compt. Rend. de la Soc. de Biologie*, núm. 15, 30 de Abril de 1921).—LUENGO.

2. **Sobre la presencia en la saliva de los sujetos sanos de un virus productor de queratoconjuntivitis y encefalitis en el conejo, por C. Levaditi, P. Harvier y S. Nicolau.**—Cuando se inocula al conejo por escarificación de la córnea la saliva fresca de ciertos sujetos perfectamente sanos y que nunca han padecido encefalitis, se provoca una queratitis intensa, al cabo de veinticuatro ó cuarenta y ocho horas y que va acompañada de conjuntivitis. Esta queratoconjuntivitis es completamente semejante á la que sigue á la inoculación del virus filtrable de la encefalitis (virus cerebral de Levaditi y Harvier), ó del virus llamado del «herpes

labial» de Blanc y Caminopetros. Esta queratitis es transmisible en serie por inoculación corneal. Algunas salivas normales producen solamente la queratoconjuntivitis, pero en un caso, por el contrario, la saliva inoculada en la córnea ha provocado además de la queratitis, la muerte del animal al octavo día, con síntomas de encefalitis. El conejo muerto ofrecía lesiones cerebrales absolutamente comparables á las de la encefalitis experimental, aunque menos acentuados. Los animales que curan de la queratoconjuntivitis salivar son todavía sensibles al virus de la encefalitis, dando lugar este virus cuando se inocula por escarificación en la córnea curada á una queratitis seguida de encefalitis mortal. Los microbios de la saliva cultivables en los medios habituales aerobio y anaerobio, no parecen jugar un papel importante en la génesis de la queratoconjuntivitis salivar. El virus queratógeno salivar parece estar ligado á los elementos celulares de la saliva (células epiteliales planas de la boca). En efecto, cuando se centrifuga la saliva virulenta y se inocula separadamente por escarificación corneal, de una parte, el depósito de la centrifugación y, de otra parte, el líquido que sobrenada, el primero se muestra mucho más rico en virus que el segundo. La saliva virulenta filtrada por una bujía Chamberland I, é inoculada de la misma manera, engendra una queratitis manifiesta, aunque menos intensa que la provocada por la saliva no filtrada ó por el sedimento de la centrifugación. (*Compt. Rend. de la Soc. de Biologie*, núm. 16, 7 de Mayo de 1921).—LUENGO.

3. **La tensión del ácido carbónico del aire alveolar en los diabéticos, por Rahtery y Bordet.**—Para sus observaciones se han servido los autores del aparato de Friedrich. La investigación es fácil, y rápidamente suministra datos acerca del estado de acidosis.

Exponen las causas que pueden influir en el valor de la cifra obtenida. En general, puede admitirse que una tensión que oscila entre 32 y 38 indica un ligero estado de acidosis; entre 28 y 32, una acidosis mediana; y por debajo de 28, una acidosis grave. Durante las horas que preceden al coma diabético, la tensión puede descender de 10. (*Le Progrés Médical*, 23 de Abril de 1921).—L. P.

4. **Disposición coloidal particular de los sueros sifilíticos y de los sueros anticomplementarios, por E. Peyre.**—Según el autor, por el simple examen ultramicroscópico directo se aprecia el aspecto coloidal particular que caracteriza á los sueros citados: la desigualdad del tamaño y de la movilidad de los granos, la aglutinación, y en ciertos casos el aspecto típico de la floculación micelar, descrita por Kopaselswiki, son características. Los sueros negativos dan suspensiones homogéneas de pequeños granos iguales é igualmente móviles.

Insiste el autor en el hecho de que esta disposición no es propia sólo de los sueros sifilíticos, sino que pertenece á todos los sueros anticomplementarios (choque anafilático, coloidal, etc.). (*Gazette des Hôpitaux*, 9 de Abril de 1921).—L. P.

5. **Los anticuerpos antilipoides y la reacción de Wassermann, por los Dres. H. Much y H. Schmidt.**—La doctrina de los partígenos acaba de obtener el apoyo de dos descubrimientos importantes. Calmette publica trabajos acerca de la importancia que tienen como antígenos las grasas de los bacilos tuberculosos y los anticuerpos á que pueden dar lugar. Y Wassermann confirma las leyes de los partígenos por lo que á los lipoides se refiere. Los anticuerpos contra los lipoides se encuentran seguramente más extendidos de lo que antes se suponía, porque todos los gérmenes los poseen. Los lipoides no dan lugar á la producción de anticuerpos cuando van unidos á productos terminales de la degradación

de las albúminas á cuerpos que tienen reacción positiva á la ninhidrina.

La reacción de Wassermann se debe seguramente á acciones de los lipoides según parece desprenderse de lo observado con los extractos alcohólicos. ¿Cuál es la substancia que diferencia un suero luético del normal? ¿Es que la diferencia consiste tan solo en estados físico-químicos peculiares? Es cierto que por varias manipulaciones se puede hacer que un suero normal dé la reacción de Wassermann positiva, como son la agitación, el tratamiento por el éter, pero lo que se demuestra con esto es que *in vitro* intervienen procesos físico-químicos en la desviación del complemento. Porque un cuerpo añadido *in vitro* á un suero normal le haga dar Wassermann positivo, no quiere esto decir que sea el mismo cuerpo el que se lo hace dar al suero luético. El resultado positivo del Wassermann en la sífilis no puede depender de los espiroquetos ni de sus productos de descomposición, puesto que hay enfermedades evidentemente no sífilíticas en las que también se produce, de modo que indudablemente depende de los productos que se engendran en las células del organismo por la acción de la enfermedad, y al paso que en la lúes estas modificaciones son casi constantes, son muy pocas las enfermedades no luéticas que provocan modificaciones iguales. Mediante el alcohol y éter se han llegado á extraer de sueros que daban la reacción positiva, las substancias en cuestión. Estas substancias eran de naturaleza lipóide, daban reacción positiva á la ninhidrina y reacción del biuret negativa. Tampoco desaparecían estas substancias del suero después de haberle desalbuminado por completo. El mismo Wassermann cree haber aislado en forma de un lipóide la substancia que da la reacción positiva y también pretende haber aislado el cuerpo antilipóide que no sería soluble en alcohol y que se encontraría en solución acuosa y casi sin albúmina. Esto quiere decir que el anticuerpo antilipóide no es un lipóide. Por otra parte, Rosowski descubrió que los anticuerpos contra las albúminas del bacilo tuberculoso y también contra los lipoides de ácidos grasos y contra las grasas neutras de los bacilos tuberculosos, se quedan en la solución albuminosa del suero después que se ha tratado por el éter. La capacidad de reacción de los sueros luéticos frente al antígeno luético lipóide está también ligada á la albúmina.

Inyectando á los conejos que antes daban Wassermann negativo aminoácidos ó lipoides se consiguió hacerles dar Wassermann positivo. No se puede explicar todavía la marcha de este proceso, pero el hecho es que es mediato, porque las mismas substancias añadidas al suero de conejo *in vitro* no le hacen dar la reacción positiva. El suero de conejo así tratado que da reacción de Wassermann positiva, deja de darla en cuanto se inyecta al conejo mercurio; por otra parte, las substancias, aminoácidos ó lipoides, que inyectadas hacen positiva la reacción de Wassermann, carecen de este efecto cuando se las inyecta asociadas al mercurio.

De modo que la reacción de Wassermann no es específica en el sentido de que no está directamente relacionada con el agente productor de la sífilis. Se produce en virtud de los trastornos de metabolismo que el espiroquete determina. Estos trastornos de metabolismo dan lugar á que se produzcan amboceptores. El antígeno es indiscutiblemente un lipóide orgánico, luego el anticuerpo es un anticuerpo antilipóide. Que este anticuerpo sea él mismo un lipóide ó una albúmina, ó que pueda ser ambas cosas, todavía no está del todo dilucidado, pero los experimentos de Wassermann han aclarado poderosamente este asunto. El hecho es que existen y que desempeñan un papel importantísimo los anticuerpos antilipoides. Así que probablemente habrá enfer-

medades en que predominen los anticuerpos antialbuminosos; en otras los anticuerpos antilipoides y en otras ambos, y ya destruída la idea de que sólo puedan existir anticuerpos antialbuminosos, nada se opone á que puedan existir anticuerpos contra las grasas neutras de los gérmenes. Indudablemente, la mejor prueba de que así es la da la grasa de bacilos tuberculosos obtenida por Deicke y Much. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 19 de Mayo de 1921.)

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acción del cloruro de calcio sobre la diarrea y los vómitos, por E. Rist, Ameuille y Ravina.**—Durante la guerra, los médicos americanos han observado que las inyecciones intravenosas de cloruro de calcio tenían una acción favorable sobre la diarrea de los tuberculosos. Inyectaban esta sal en solución acuosa, al 5 por 100, sin pasar mucho de la dosis de 25 centigramos en 5 c. c. por inyección. Los resultados obtenidos, satisfactorios en algunos casos, no proporcionaban éxitos muy constantes ni muy regulares. Los ensayos que los autores de este trabajo han realizado con las dosis y las concentraciones antes indicadas, han dado como resultado algunos éxitos, pero han sido totalmente ineficaces en más de los dos tercios de los casos en que han intentado detener la diarrea de los tuberculosos por el cloruro de calcio. Pensando que la irregularidad de la acción se debía á una cuestión de dosis, han modificado la técnica de la manera siguiente: En lugar de inyectar una solución al 5 por 100, inyectan otra mucho más concentrada (al 50 por 100); y en vez de administrar 25 centigramos, inyectan 2 c. c. de la solución, ó sea 1 gramo por lo menos de cloruro de calcio; si el resultado obtenido no es el que se desea, se pueden administrar sin inconveniente 2 gramos. Con este modo de proceder han apreciado: 1.º, que la acción de la diarrea es casi constante. Lo más frecuentemente, la diarrea se detiene al cabo de pocas horas, á menudo para siempre, á veces por un tiempo limitado, al cabo del cual es necesaria la inyección de una nueva dosis de cloruro de calcio. En ciertos casos, sólo hay mejoría, es decir, disminución muy marcada del número de las heces. Todos los que concen la tenacidad de la diarrea de los tuberculosos podrán apreciar estos resultados. 2.º, la inyección de cloruro cálcico, aun en dosis alta, no provoca ningún género de trastorno en el hombre cuando se hace por la vía intravenosa. Esta inocuidad absoluta es tanto más notable, visto que experimentalmente basta introducir en ocasiones 50 centigramos de la misma sal en la corriente sanguínea de un perro de gran talla, para matarle en algunos segundos; 3.º, la inyección no produce accidentes generales ni lesiones parietales de la vena, á pesar de la hipertonicidad extrema de la solución; la concentración al 50 por 100 es perfectamente inofensiva, pero hay que procurar que no vaya nada de ella fuera del interior del vaso, porque entonces se produciría una escara importante seguida de ulceración de duración muy larga. Experimentalmente, la inyección subcutánea de cloruro de calcio en solución concentrada ha permitido á los autores obtener abscesos asépticos; 4.º, la parte más original de este trabajo, se refiere á que los autores han ensayado el mismo tratamiento para los vómitos de los tuberculosos habiendo obtenido éxitos tan completos como en la diarrea. Todos estos resultados se limitan casi exclusivamente á la diarrea y á los vómitos de los tuberculosos. Aunque los ensayos verificados en otras diarreas y otros vómitos son alentadores, no son lo bastante numerosos para tenerlos en consideración. (*Compt. Rend. de la Soc. de Biologie*, número 16, 7 de Mayo de 1921).—LUENGO.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL



PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Nuevos académicos.—Luchas y disentimientos.

En la última Junta de gobierno celebrada por la Real Academia Nacional de Medicina tuvo lugar la elección de tres señores académicos, en las vacantes producidas por la muerte de los Sres. Fernández Chacón, Rodríguez Abaytua y Lázaro. Resultaron elegidos por unanimidad y respectivamente: para la sección de Anatomía, el renombrado histólogo doctor Tello; para la de Medicina, el insigne médico don G. Marañón, y para la de Farmacología, el laborioso y renombrado catedrático de Farmacia Dr. Alvarez Ude. Con estas designaciones pasan ya de 15 las hechas por el nuevo procedimiento, que confía á la Corporación la invitación á los agraciados para formar parte de ella, obteniéndose en todos los casos una unanimidad á la que antes nunca se llegaba, y evitando luchas y trámites que á nadie favorecían.

En la misma sesión se nombró la nueva Comisión de Farmacopea, para la redacción del nuevo Código, cuyas anteriores ediciones se han terminado.

La componen los Sres. Cortezo, Codina, Mariscal y Grinda, como médicos; Piñerúa, Bayod, Casares y Chicote, farmacéuticos; García Izcara y Díaz Villar, veterinarios.

Se ha tratado de inquirir de nosotros cuál sea nuestra opinión respecto á la pretensión encontrada que en los Centros oficiales vienen sosteniendo varias representaciones de Asociaciones médicas, acerca de la conveniencia ó inconveniencia de suprimir ó de reforzar la Junta de Patronato y Defensa de Médicos Titulares.

Conocida nos era la situación creada por las exposiciones acompañadas de numerosas firmas, enviadas por los Colegios de médicos principalmente y encaminadas á hacer desaparecer la validez de acción que representa el deseo reformador de los unos y la resistencia pasiva é inerte opuesta por los elementos que apoyan á la Junta de Patronato.

Si se desea nuestra opinión no hemos de regatearla, siquiera no nos hayamos anticipado á emitirla por no fomentar lo que nosotros creemos más perjudicial para los intereses profesionales: *la división, el partidismo, el espíritu de castas y los intereses parciales en contraposición del interés general.*

Habiendo contribuído más que nadie á la crea-

ción de la Junta de Patronato y Defensa, en la que se confió un día que representaría vigorosa y activamente el interés de los médicos titulares, nos es violento y doloroso el tener que confesar que al cabo de diez y siete años no hemos visto conseguidos, ni quizá planteados, los fines á que la aludida Institución estaba llamada. Esto no empece para que sigamos creyendo que si la referida Junta estuviese constituida legítimamente y actuara dentro de las disposiciones que la crearon y que constituyen su razón de ser, no solamente no sería incompatible con los Colegios, sino que prestaría á éstos y recibiría de ellos, poderosos medios de acción para conseguir entre todos lo que debe ser nuestro ideal: *el mejoramiento y la dignificación de la clase.*

Se habla de provocar un plebiscito apelando á la opinión de los titulares; para esto sería necesario que el Tribunal que había de juzgarlo tuviese una autoridad absolutamente imparcial, suspendiéndose, mientras la investigación se efectuaba, el ejercicio oficial de los que en ella pudieran resultar beneficiados. De este modo, investigando, reglamento en mano, el modo cómo la Junta ha cumplido sus obligaciones y ejercitado sus medios y recursos, podría llegarse á la reconstitución de ésta, mediante unas elecciones verdad en cuya pureza todos estarían interesados: lo mismo los Colegios, que las autoridades y los médicos todos.

Averigüese lo primero, si lo que existe es legítimo, y luego refórmese ó suprimase si cualquiera de estas cosas resultaran justificadas por la investigación. Lo que no puede consentirse es que se esté constantemente perturbando la buena armonía del campo médico, cuando toda unión y concordia se pueden considerar escasas ante las dificultades tradicionales que se oponen al logro de nuestras justas aspiraciones.

DECIO CARLAN

LA SANIDAD EN EL PARLAMENTO

Por fin parece que el Gobierno, aunque sea sólo de manera parcial, y casi pudiera decirse episódica, comienza á abordar temas referentes á la Salubridad y á la Higiene públicas. Un proyecto de ley relativo á *Abastecimiento y custodia de los caudales de aguas potables*, presentado al Senado, y sobre el cual parece que se encuentra bastante avanzado el dictamen de la Comisión permanente de Goberna-

ción de aquella Cámara, y otro proyecto de *Constitución de viviendas baratas y saneamiento de las insalubres*, presentado al Congreso, justifican nuestra afirmación.

Que ambos asuntos son de vital interés nacional, es inútil que nosotros lo digamos y aún lo es más el que afirmemos que seguimos con verdadera inquietud, la larga tramitación de las determinaciones parlamentarias, que tantas buenas iniciativas han visto naufragar.

Comenzando por el que de estos dos proyectos se encuentra más adelantado *en el áspero camino*, vamos á decir algo de lo que nos sugiere la lectura del último presentado al Congreso, sobre el cual se inician ya *enmiendas* y discusiones, que permiten presagiar, sin ser muy pesimistas, que la marcha de la ley será laboriosa.

Propónese el Gobierno, á lo que parece, el obtener del Parlamento facultades especiales, y aun pudiéramos decir extraordinarias, para influir en el estado de relaciones y de garantías de la propiedad individual, para evitar los abusos de ésta, suavizar las imposiciones que amparan los códigos y leyes vigentes y procurar que el problema de la habitación se desarrolle sobre la base de lo equitativo del precio y lo perfecto del local habitable.

Nadie podría negar, ni por consideraciones de orden teórico, ni por lo que la práctica y la estadística ofrecen como resultados positivos, que el problema de la vivienda es, con el de las aguas potables, el que más directamente influye en la mortalidad de las naciones, y muy particularmente en la de las grandes poblaciones urbanas, que por encontrarse más inmediatas á la acción ejecutiva del Poder, debieran tener hace tiempo resueltos estos pavorosos problemas.

Y, sin embargo, Madrid, con sus extensas superficies de solares con los que la avaricia explota y agrava la angustia de la carestía; Barcelona, con este mismo abuso, más el de la carencia de aguas potables y de alcantarillado; Sevilla, con aguas escasas y envenenadas y con las viviendas infectas de las casas de corral en que se aglomeran de modo inverosímil los habitantes, son tres ejemplos dolorosos de lo que en nuestro país puede el interés codicioso de los particulares combinado con la indolencia y la complicidad de los Gobiernos.

Habitaciones sanas para todos (es decir, baratas); aguas puras y abundantes, procurad esto, señores gobernantes, y veréis descender la mortalidad y aumentar, por lo tanto, la población. ¡Ya que no lo hagáis por convencimiento, ni siquiera por caridad, hacedlo por conveniencia y egoísmo; pues aumentando la población, como seguramente aumentará por estos procedimientos, tendréis ma-

yor número de españoles á quienes poder explotar y manejar a vuestro antojo!

Ironías aparte, el proyecto nos parece bien encaminado, así en lo que tiene de técnico, en el sentido jurídico-administrativo y económico, como en lo que tiene de técnico en el sentido higiénico y en el conjunto humanitario. Le encontramos, sin embargo, tímido, indeciso y con una apariencia de atender más al efecto público que á la eficacia real, que nos hace creer que, aun aprobado, será un documento más de la *Colección Legislativa*, pero no una norma de aplicación real y vigorosa que lleve á la realización del intento generoso inspirador del proyecto.

Por hoy nos limitamos á señalar dos defectos inconcebibles en obra salida del centro de donde emana y pasada por el examen de una comisión parlamentaria compuesta de personas peritas.

Es el primero de estos defectos, el de no marcar taxativamente los plazos en la tramitación de los expedientes, y el segundo, el de no señalar sanciones inmediatas á los organismos que descuiden el cumplimiento de los preceptos y la obediencia á los plazos señalados.

La experiencia nos enseña, con documentación copiosa, que toda ley, decreto, Real orden ó circular en la que se señale un deber, pero no el momento de ser cumplido, y se marque á una autoridad una obligación sin señalar paralelamente el castigo por no cumplirla; toda disposición que en estos dos defectos incurra, es un papel mojado, tanto más inútil, desautorizado y ridículo, cuanto más afecte á intereses individuales y materiales.

Decirle á una autoridad sanitaria, municipal ó de otra índole que debe denunciar los lugares insalubres y no señalarle plazo preciso en que debe haberlo señalado, la responsabilidad en que incurre con su descuido y el castigo que debe imponérsele por él, es lo mismo que no decir nada, es fomentar la literatura jurídico-administrativa, es convertir al Poder ejecutivo en un cantante de ópera, cuyas romanzas corea el Parlamento y de las que nadie conserva recuerdo una vez terminado el espectáculo.

Cada trámite de los expedientes que la ley señala debe desarrollarse en un término equitativo por la autoridad ó el organismo á quien se le confía: *El propietario denunciado debe presentar un proyecto de reforma de su finca; pues le debe presentar en el término de tantos días, semanas ó meses; el Ayuntamiento debe suplir al descuido del propietario proyectando á su vez la reforma; pues lo debe hacer en el plazo de tantos meses, semanas ó días. Y así los plazos de la expropiación y de la ejecución de las obras y paralelamente con ellos las sanciones inmediatamente impuestas á los propietarios, expropiándoles; á*

los Ayuntamientos, suspendiéndolos y procesándolos.

Parecerá esto draconiano; pues el procedimiento contrario es *tonto*, que es lo peor que puede ser un procedimiento, sobre todo cuando es gubernamental y viene precedido de la justa expectación que toda obra social del señor conde de Lizárraga debe despertar.

A remediar este defecto han acudido capacidades expertas de nuestro Parlamento redactando enmiendas, si bien orientadas, no perfectas y eficaces á nuestro juicio. Alguna de ellas autorizada por el respetable nombre del Sr. Maura, creemos que podría ser utilizada, pues remediaría gran parte de los males antes señalados; pero nos permitimos creer que en el calor vehemente de la redacción ha recibido forma tal, que constituye un peligro más bien que un remedio; es, como si dijéramos, un veneno empleado como medicamento; el secreto está en la dosis, y aquí se le ha ido la mano al médico.

Refiérese esta enmienda á la creación de delegados ó inspectores, que, designados por el Ministerio de la Gobernación, podrán, en cualquier momento, intervenir en el expediente asumiendo las facultades y prerrogativas *de todas las autoridades y centros que en tales delegados se encontrarán subrogadas.*

No intentamos censurar este proyecto de dictadura insólita, pues todo lo que sea vigorización de la autoridad en materia de acción sanitaria y social, nos parece poco; pero ¡por Dios vivo! miremos bien en qué manos colocamos este poder arbitrario y dictatorial. Es decir, condicionemos al dictador. Decir que éste tendrá por toda condición el ser PERSONA (que es lo que la enmienda literalmente dice); el decir que esta PERSONA será libremente nombrada por el ministro de la Gobernación (claro está que bajo la influencia y sugestión de los caciques altos y medianos de la política), señalar 2.000 pesetas mensuales de sueldo á la tal PERSONA y decir que las pesetas saldrán de la consignación que señala el presupuesto á este servicio; todo esto corre el riesgo de llevarnos, con toda certeza, á la creación de unas cuantas *ganguitas* que los prohombres de cada provincia no dejarían desperdiciar y en cuya retribución se evaporarían los tres millones anuales que por toda consignación señala el presupuesto á este servicio.

Un ligero cálculo: tres millones de pesetas dividido entre 49 provincias resultan 61 000 pesetas próximamente por provincia, es decir, el sueldo de tres PERSONAS de las que la enmienda capacita para vigilar por el cumplimiento de la ley y al propio tiempo para consumir el presupuesto. Pregunta nuestra inocente curiosidad: ¿Es que en las provincias (Barcelona, Murcia ó Guadalajara) no habrá

tres PERSONAS con la influencia bastante para hacerse nombrar por el Ministerio de la Gobernación? Pues entonces ¡adiós Ley y casas baratas y viviendas salubres y seriedad administrativa! Nuestra enhorabuena en cambio á las PERSONAS favorecidas por la enmienda.

VENANCIO PRIETO.

Colegiados, no colegiados y esquiroles.

Leo y estudio el reglamento de los Colegios Médicos y la Real orden del 22 de Febrero último que me sumen en meditaciones de pena, de desaliento, de vergüenza. ¿Es posible que quien se halla en posesión de un título que tanto trabajo cuesta obtener y una vez conseguido produce tantas amarguras, en constantes inquietudes, en frecuentísimos insomnios y permanentes ingratitudes pasamos la vida, necesite correctivos para cumplir como buen compañero, buscando tenazmente procedimientos é influencias para burlarlos? ¡No es esto lo peor! Con ser muchos los medios disciplinarios (más de los que una clase culta debía poder tolerar se sospechara siquiera fueran necesarios para no apartarse de la recta los que á ella pertenecen, sin sentir sonrojo y experimentar la sensación de ofensa dirigida á la dignidad profesional, de mancha á ese título, que tan preciado debía ser por los que le poseemos, que solamente ese mero hecho nos obligara á considerarnos, á defendernos como hermanos) no son suficientes; seguro estoy, no temo equivocarme, todos los encargados de la dirección y defensa de la clase médica no encuentran la forma para en la práctica conseguir no existan esquiroles ni con la aplicación de todos ellos. Presiento, bien desearía lo contrario, que las multas no estén más que escritas, ya por una causa, bien por otra, jamás llegarán á cobrarse, las expulsiones de los Colegios se efectuarán, pero los expulsados seguirán ejerciendo tan *santamente* como lo hacen ahora, habrá muchos más expedientes, se gastará el papel sin preocuparse de la carestía del mismo, y al final ¡orquesta!, no siempre ha de ser música, ejercen los curanderos, para que no ejerzan los médicos.

Mientras siga corriendo el balduque, de Gobierno en Gobierno, de ministerio en ministerio, de influencia de cacicuelo en recomendación de politiquillo, que es lo mismo, repito la palabreja ¡orquesta! y podemos agregarle ¡celestial!

Los compañeros (de alguna manera hemos de llamarlos) que viven á costa de los deseos de independencia y dignificación de los demás, ocupando puestos como imaginó su fantasía, de poco trabajo, su sueño dorado, y bastante lucro, su no menos dorado sueño, á los que la carencia de substancia gris de un reyezuelo, porque no es él, sino la ausencia completa de ésta en la masa inalizable (entre sopas de ajo, engrudo y puches) que lleva en la cabeza, la que paga sumas fabulosas, para lo que estamos acostumbrados los rurales, por el solo deseo de dominio, por su afán innoble de que

todos en su ínsula, incluso el médico, sean sus asalariados y la necesidad de aniquilar á quien ose no someterse á su voluntad. ¡Vanias y ridículas pretensiones incomprendibles en el siglo xx, pero fácilmente explicables en seres que por su incultura debieran vivir en el de Atila entre los menos cultos! No quiero ofender á todos los de aquella época; estos compañeritos que medran á costa de la guerra baja é inicua que los *mirlos blancos* (así llama uno de éstos al cacique que le sostiene) hacen á los que luchan por la libertad de la clase, y, si algún día se consiguen, serán los primeros en aprovecharse, como lo hacen ahora de su esclavitud; vividores de oficio, incapaces de ganarse la vida dignamente, son los que protestan de la colegiación, es decir, hacen que protestan, en el fondo la bendicen; si ésta no existiera, no podrían cobrar por someterse á los acuerdos de los Colegios; hábiles en las zancadillas, duchos, como los que le protegen, en martingalas y chanchullos, se encargarán de obviar obstáculos y reirse de castigos y disposiciones.

Perfecto derecho tiene á protestar de la colegiación el que piense es bochornoso necesite la clase médica de Sociedades, de Sindicatos, de medidas de represión para cumplir con sus deberes de moral profesional; pero el que así piensa, la acepta, con más ó menos ilusión, pero la acepta de grado ¿qué mal puede ocasionarle?, y si no lo hiciere, ¿á quién preocuparía? Mas desgraciadamente, la inmensa mayoría de los disconformes son los otros, los que desean colegiarse, cumplir los acuerdos que á ellos no les perjudiquen ni molesten; si alguno les molesta, entonces está mal tomado, ya se apartan de todo miramiento y respeto á la clase, aunque su voto sea á más de interesado, el único de 150 ó 200.

Nada podría enorgullecer más á la profesión que poder gritar: «nosotros no necesitamos sociedades; sin ellas, sin fuerza que nos obligue, únicamente por sentimiento de dignidad, no cometemos un acto que perjudique en lo más mínimo á un compañero; todas las dádivas son pequeñas ante el amor que profesamos á nuestro título y á todo el que le ostenta». Esto sería lo ideal, una utopía; pensando y obrando en consonancia con este pensamiento, bien se podía prescindir de colegios; por desdicha no es así, salvo honrosas excepciones; los libertarios quieren aprovechar la libertad individual en que se escudan, para confabularse con Don Dinero, venga de donde venga y como viniere. ¡Este es su ideal! ¡Buena obra útil puede esperar la Humanidad de ellos! No quieren ayudar á la obra de defensa y dignificación de la clase por no someterse á la voluntad de las cabezas visibles de la unión y se someten á la de un cabezota con tanto serrín por cerebro como *piazos* de tierra con que exprimir al pobre colono, por toda ilustración. ¿Eso es querer ser un hombre libre? ¡Eso es ser un Manguela!, como diría Casero.

No hace mucho tiempo, un orador pedantuelo con pretensiones á la vara de alcalde de su lugar, en un fogoso discurso con un léxico asintáxico, pero muy chillón, contra los Colegios Médicos, preguntaba: «¿Y la soberanía de los pueblos para echar de ellos al médico cuando les dé la gana?» Advertencia al canto: esta soberanía llamaba él sin duda á la pelotilla (acordémonos de cuando fuimos estudiantes) que hacía sumiso á la persona de quien esperaba el apetecido cargo como primer peldaño de su muy ansiada brillantísima carrera política, pues cabían en la decena los que fingían querer cambiar de médico y todos ellos con un fin tan soberano y desinteresado como el suyo.

A hombres que tienen ese concepto de la soberanía popular, se les dan derechos sobre los titulares y aplauden sus discursos los que se dedican á la productiva carrera de esquirols; si será productiva, que la ejercen futuros inspectores provinciales y hasta catedráticos, también futuros, y por cierto, imperfectos.

Algunos de estos queridos compañeros, y sirva de advertencia, cuando de una provincia donde han cumplido como buenos (quizás porque no han tenido ocasión de otra cosa, el terreno era abonado) marchan á otra á ejercer su honroso cargo de esquirol, no pierden la colegiación en la primera y así están, ó creen estar, á cubierto para el porvenir; puede que la federación destruya planes tan vivamente formados; ¡algunas veces no impide para ser vistos ir deprisa!

Qué mentalidad la del que ve que en un pueblo, sin razón ni fundamento, han atropellado ó tratado de atropellar a un compañero y lucha contra la unión que ha de evitarlo, por ganar unas cuantas pesetas, que muy posiblemente puede llegarle ocasión que las entregara con gusto duplicadas por no verse en circunstancias análogas! ¿Acaso cree imposible llegar á enemistarse con un cacique? Para eso no hay más que un medio: ¡La unión! Ninguna falta haría protección del Estado, ni pago por éste de las titulares, si nadie aceptara ninguna sin obligar á que hubieran saldado las cuentas con su antecesor, estuviera decorosamente retribuido y aquél dejara el partido por su conveniencia ó fuera expulsado por una causa justa, en cuyo caso el Colegio sería el primero en imponer el correctivo; ya veríamos entonces á qué quedaban reducidos los cacicatos y alcaldadas.

Lema de los Colegios Médicos: «Inflexibles con los caciques y enérgicos con el que no cumpla con su obligación». Exijamos á los pueblos lo que puedan y deban pagar, y exijamos á todos, que no se abandonen jamás en el ejercicio de su misión, En vez de asegurar nuestra tranquilidad y sosiego palmeando al señor y riéndole sus gansadas, para lo que no todos servimos, á pesar de comprender que hoy tiene que ser así, asegurémoslo en el fiel cumplimiento de nuestros deberes y en una unión

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso. Madrid,

sólida, como seguramente la tendríamos ya, si unos cuantos *suicidas de sí mismos*, como decía un feudal de estos tiempos, no lo estuvieran impidiendo por ganar unas monedas más, que están septizando su conciencia y con ella llevan constantemente la infección á la unión, perturbando su vida sana y robusta. Al sabio que descubra el antiséptico que aniquile microbios tan sépticos le deberá tanto la clase médica, como al que consiga encontrarle para el de Koch, le deberá la Humanidad. Ellos y nada más que ellos, son los productores de la tuberculosis de la unión, el verdadero bacilo de ella, si no con cubierta cérea, con cubierta metálica de cacique. ¡Qué inmundicia! La caridad no debe faltar nunca y se debe prodigar al que la necesite sin mirar quién es. El Colegio del Príncipe de Asturias debe cobijar á todos los huérfanos de médicos, pero si por desgracia no hay sitio para todos, tal vez por los medios que nos han restado esos esquiroles, ¿no sería lógico, fuera condición preferente para su ingreso, que el padre no hubiera faltado nunca á sus deberes profesionales, que no tuviera una mancha en su moral médica? ¿Podría ser ésto una medida, además de justa, profiláctica?

Por comprender resulta muy largo este artículo, por lo chabacano y latoso, lo doy por terminado, pero recordando á Campoamor:

¡Quién supiera escribir!

ENRIQUE ORSI.

Marchamalo, 18-4-1921

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 29 DE ENERO DE 1921.

Fibromioma del útero.

El DR. RECASENS presenta una pieza patológica fresca, cuyo tumor hacía tres días había extirpado á una mujer. Hacía algunos años que vió á esta enferma, y ya en la mesa de operaciones no tuvo valor y se retiró. Entonces estaba en buenas carnes; hace ocho días volvió arrepentida deseando ser operada, y le causó una impresión verdaderamente desagradable: estaba en la piel y el hueso, caquéctica. Interrogada y examinada detenidamente resulta que nunca había tenido hemorragias, sí unas abundantes menstruaciones, no menorragias.

Hacía cuatro meses que desapareció la menstruación. El volumen del vientre era el de una mujer embarazada á término; gran distensión dolorosísima; sospechó de que se tratase de un proceso degenerativo del tumor; comía mucho, y pensó si habría algo de diabetes. Se decidió á operarla, y abierto el vientre, encontró un tumor voluminoso (lo enseña) con degeneración extraordinaria, al parecer mixomatosa. En la cara anterior había un repliegue peritoneal lleno de un líquido mucilaginoso; en algunos puntos el tumor era blancuzco. Se confirmaba el diagnóstico de fibromioma uterino.

Cuando hace tres años la vió aconsejó la radioterapia, porque tenía una hernia umbilical muy grande, que debía operarse, y al mismo tiempo aprovechar la ocasión y practicar la histerectomía. Ahora, la hernia estaba muy aumentada, de un diámetro de 12 centímetros. Al abrir el vientre, en aquella hernia encontró un cordón del tamaño del dedo meñique formando grandes flexuosidades, con todo el aspecto de un intestino colapsado; lo separó, extendió la sección del vientre por encima del ombligo, bastante ampliamente, y vió que aquello era epiploón, con un vaso, de longitud casi un metro, como si fuera un linfático dilatado, de color blanquecino, sin contacto alguno. La extirpación fué laboriosa, porque la degeneración neoplásica se extendía considerablemente, sobre todo, hacia el ligamento infundíbulo pelviano izquierdo, formando unas masas algo parecidas á lo que se hallaba en el epiploón. Hizo la extirpación total y suturó. El tumor pesaría unos 15 kilos. La cavidad del útero tendría unos 8 centímetros y al abrir el órgano se encontró con un embrión de tres meses. Lo raro es que esta mujer, de treinta y siete años de edad, con diez y ocho de vida marital, no había tenido embarazo alguno, y al hacerse caquéctica quedó encinta; el feto haría unos quince días que había dejado de existir.

La radiografía en la gestación.

El DR. RECASENS, después de su interesante comunicación clínica, dice que cuando el invierno del año último estuvo en Berlín, el profesor Warnekros le enseñó un atlas de radiografías de mujeres, no ya sólo durante la época de la gestación, sino radiografías hechas durante el parto, y algunas durante el alumbramiento. Ha procedido á hacerlas y no es cosa sencilla, como no se disponga de aparatos de bastante intensidad en los que puedan hacerse descargas hasta de 120 millamperios, pues conviene, en primer término, gran rapidez, haciendo las exposiciones sólo de décimas de segundo, si se desea no inutilizar aquéllas. En las embarazadas ocurre, además, que el feto se mueve muy frecuentemente, y en vez de uno, salen dos ó tres columnas vertebrales á poco que dura la exposición ante la película fotográfica.

Las radiografías obtenidas por el Dr. Recasens, dice que después de estropear docenas de placas, puede presentar algunas de aquéllas que por su claridad y utilidad merecen ser vistas, ya que contribuyen á diagnosticar accidentes del embarazo.

Además, la radiografía en la gestación puede alcanzar verdaderas indicaciones como medio excepcional de exploración y muy útil en algunos contados casos; en la inmensa mayoría se puede diagnosticar por palpación, auscultación y tacto, pero hay casos excepcionales en que no es tan sencillo, y el por qué sobrevienen complicaciones en un momento dado, y sobre todo si se trata de un embarazo gemelar en que va acompañado de hidramnios, y otras veces viene este con embarazo sencillo, y preguntase el tocólogo: ¿Por qué motivo esta mujer tiene el vientre tan grande con edema suprapúbico? No se percibe apenas latido cardíaco fetal por auscultación; la distensión del vientre no permite la determinación de polos fetales; en cambio, la radiografía precisa el diagnóstico si hay más de un feto; si uno se presenta de nalgas y otro de vértice, etc.

El Dr. Recasens presenta algunas radiografías, en las

CARBOLAN

Pelrd's C.º, New-York.

Pomada al 6 0/0 de carbol puro, antiséptica, antiflogística, antipruriginosa; para heridas, forúnculos, hemorroides, prurito vulvar, quemaduras de primero y segundo grado, etc.

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

cuales se ve que el feto está cómodo dentro de la cavidad del vientre, con sus piernas más ó menos extendidas y con la flexión de los brazos no completa, y en algún caso está el feto con un brazo extendido y el otro detrás. Además, dice que las radiografías pueden servir para demostrar en algunas posiciones viciosas cuál es su causa; saber si en la presentación de nalgas, la cabeza es muy grande ó pequeña, por si hay que hacer ó no la versión; si el brazo está extendido y entorpece la marcha natural del parto, etc.

Y pregunta el Dr. Recasens: ¿hay algún inconveniente para la mujer y para el feto con una aplicación de rayos X en esta forma? Absolutamente ninguno. Son radiografías instantáneas de ocho, de siete décimas de segundo, de un segundo excepcionalmente (ha de ser una mujer muy gruesa para que se emplee segundo y medio) de modo que casi no hay tiempo de que puedan tener influencia biológica, ni sobre la madre ni sobre el feto. ¡Ojalá se tuviera algún medio para poder influir con esta rapidez sobre los órganos profundos! Indudablemente la terapéutica se podría abreviar mucho. Considera el Dr. Recasens que si las radiografías necesitaran muchos minutos no deberían hacerse en una mujer embarazada; pero con radiografías de uno ó uno y medio segundos no pasa absolutamente nada. No hay motivo ninguno, ni de influencia biológica, ni de ninguna otra especie, que altere el funcionalismo orgánico, ya que aun siendo muy susceptible, precisamente porque es un tejido que se acerca en su evolución al embrionario primitivo, y que tiene, por lo tanto, una gran susceptibilidad, por esto no tiene absolutamente tiempo de ser influenciado.

Termina el Sr. Recasens diciendo, que como ya expresó antes, la idea de las radiografías la debe al profesor Warnkros, y si las presenta es para que en el extranjero sepan que en España también se realizan semejantes exploraciones roentgenológicas.

El histerismo en la infancia.

El Dr. GONZÁLEZ ALVAREZ, al intervenir en esta discusión, dice que sigue igual obscuridad sobre algunos puntos de la historia del histerismo, que la que había en 1899 cuando presentó á la Academia una comunicación intitulada *Histerismo, hipnotismo y sugestión*; que ahora sólo se concretará á glosar lo dicho por el Sr. Sarabia en su notable comunicación. Afirma que el histerismo en los niños está admitido universalmente, y que en éste es más frecuente que en la edad adulta, y más en las niñas, por su constitución cerebral, asiento de la perturbación.

Al hablar de la etiología del histerismo dice que como en todas las enfermedades, existen causas determinantes, predisponentes y ocasionales; las primeras son desconocidas; las segundas son la herencia neuropática (de padres locos, neuróticos, neurasténicos, epilépticos, etc.), el terreno cerebral (condiciones de cerebro anatomofisiológicas), y las terceras, la falta de armonía, de relación que hay entre la causa aparente, que suele ser ocasional, y los trastornos que se observan en el individuo. Esta discordancia entre causa y efecto es constante en el histerismo; así se ve que una insignificante causa produce efectos, que sin predisposición no existirían. La causa determinante existe en el terreno, consistiendo en una modificación especial desconocida en la corteza cerebral en la psíquis. Hipotéticamente es un des-

equilibrio del fluido nervioso. Pero hay una causa ocasional de alta importancia; la emoción, que produce fenómenos de histerismo enormes, que á veces produce una hemiplejía completa que dura meses y que se cura también rápidamente por sugestión emotiva. La emoción que ejerce nuestra influencia sobre el simpático é inhibe el vago, precipitándose el corazón en intensa taquicardia, está en íntima relación con las secreciones internas, y de aquí que éstas sean causas ocasionales seguramente del histerismo.

El Dr. González Alvarez dice respecto del tratamiento, que cuenta con varios casos clínicos curados que llevan de fecha más de treinta años, y tal debe asegurarse desde el momento que las manifestaciones histéricas no se han repetido. El hecho de curación lo niega rotundamente Charcot por creerla un absurdo fisiológico y psicológico. ¿En qué consiste el tratamiento? Descontados los tónicos moderadores reflejos, la hidroterapia, etc., que solo son ayudantes, dice el Dr. González Alvarez que aquél tiene dos procedimientos: el primero, aislamiento completo del enfermo, que no se lo explica, como no sea por la conmoción ó traumatismo sobre el espíritu de la persona aislada. Otro medio consiste en la psicoterapia, que no es lo mismo que la sugestión, que ésta no razona, y sí aquélla. La sugestión puede ser simple, emotiva é hipnótica siendo esta última la más poderosa, citando varias observaciones clínicas con resultados excelentes de curación, lo cual viene á confirmar, dice, que el histerismo se cura, no parcialmente, no unas manifestaciones para repetir al día siguiente, ó en una etapa mayor ó menor de tiempo los fenómenos histéricos, sino que se cura para siempre, por lo menos para larga vida, y cree que está autorizado en sostener tal opinión desde el instante que muchos de los casos tratados por él hace cuarenta años siguen perfectamente, sin haberse manifestado síntoma alguno de histerismo. En su consecuencia puede sentar que este padecimiento se cura mediante el aislamiento, empleando la psicoterapia, y por la sugestión bajo las tres formas antes mencionadas y que la hipnótica es la más potente, luego sigue la emotiva, y en último término la sugestión simple que suele ser infiel, pero segura en sus éxitos; que el aislamiento debe reservarse para los casos intensos en que los demás medios fracasaron, y que la acción de la psicoterapia depende en mucho de las condiciones intelectuales y morales del médico. (Queda en el uso de la palabra.)

DR. CESALDO

SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

SESIÓN DEL DÍA 9 DE MARZO DE 1921, CELEBRADA BAJO LA PRESIDENCIA DEL DR. MORENO

Dr. Roe.—Expone un caso clínico publicado en *Medicina Ibera*, y hace la exposición leyendo el número de dicha revista. (Véase núm. 172.)

Dr. Torre Blanco.—Comienza diciendo que no puede felicitar al Dr. Roe, pues si lo hiciera no sería sincero, y que de felicitar á alguien habría que hacerlo á esa madre y á ese niño que han salido ilesos de todo lo que se ha hecho.

Divide el caso en dos partes, una desde que vió á la enferma por primera vez el Dr. Roe hasta el momento que éste creyó indicada la histerectomía y llamó en consulta al doctor Becerro, y otra desde este momento hasta el final. Res-

LA DIABETES SE CURAN RADICALMENTE CON EL VINO URANADO PESQUI
Y SUS COMPLICACIONES 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.

pecto á la segunda parte, cree que es discutible y que él hubiera seguido otra conducta de la que observaron los doctores Roe y Becerro, pues hubiera procedido á la embriotomía en feto vivo, pues no cree que se deba exponer á la madre á los peligros tan serios que representa la intervención por vía alta para obtener un feto vivo de ocho meses y medio, y por medio de un procedimiento que era muy expuesto de hacer perder también la vida al feto. Además, aun en el mejor de los casos, de que se salven madre y feto, que es lo que ha ocurrido, siempre queda una mujer estéril para lo sucesivo. Todos los libros y todos los autores aconsejan además esta conducta, pues aunque señalan la posibilidad de hacer la intervención por vía alta, se inclinan á la embriotomía. Cita á este respecto las obras de Delee y la de Döderlein. Respecto á la primera parte del caso, cree que no se debe discutir siquiera y que si habla de este punto es porque el Sr. Roe ha publicado y dicho en público lo que ha hecho, lo cual necesita una rectificación por parte de la Academia.

El dejar que una enferma pase de tener una presentación transversa sin comenzar la dilatación y con la bolsa rota hacía pocas horas, á la existencia de un caso de tetanismo uterino con prociencia de brazo, y en tal estado que era imposible, no sólo la versión, sino también la embriotomía, es cosa que no puede hacerse dentro de lo que manda la más elemental obstetricia. Pero el tirar del brazo prociencia para ver si cedía el tetanismo uterino, y fundándose en que Bumm aconseja esta maniobra en los casos en que repugne la embriotomía para ver si puede salir el feto en evolución espontánea, y caso de no conseguirlo proceder entonces á la embriotomía; cuando el Sr. Roe lo que ha hecho es terminar por una laparotomía; es una conducta que no puede aceptarse que se haga por nadie. Quizá todo el mundo esté expuesto á hacer esto y mucho más en un momento de ofuscación, pero lo menos que se puede hacer en estos casos es no publicarlo ni decirlo en la Academia, sobre todo tal y como lo hace el Sr. Roe, ó sea como queriendo sentar jurisprudencia, cuando en realidad lo hecho por el Dr. Roe, sólo es perdonable juzgando que lo ha hecho en condiciones de ofuscación y falta de serenidad.

Dr. Carreras.—Opina lo mismo que el Dr. Torre Blanco, y se muestra también partidario de la embriotomía. Condena muy enérgicamente la maniobra de tirar del brazo y el dejar que las cosas llegaran á un estado tan deplorable para la enferma. No se explica tampoco el empeño que dice el Sr. Roe que tuvo para reducir el brazo prociencia.

Dr. Navarro Blasco.—Cree que el punto interesante de este caso es discutir la indicación de intervenir por vía alta. Él pide que los Dres. Becerro y Otaola, que han intervenido en este caso, expongan su criterio. Recuerda un caso publicado por Potoki, el cual practicó también una intervención alta en caso de presentación de nalgas con feto muerto.

Dr. Bourkaib.—Está conforme con los Dres. Torre Blanco y Carreras, y condena como éstos la conducta seguida por el Dr. Roe, en la primera parte del caso, y cree que después, lo procedente era una embriotomía.—El secretario de actas, *Cospedal* (hijo).

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,0; ídem mínima, 702,7; temperatura máxima, 25°,5; ídem mínima, 9°,2; vientos dominantes, SE.

Visible, recrudescimiento han experimentado los estados catarrales de las vías respiratorias, á consecuencia de las vicisitudes atmosféricas, y de los descuidos del régimen (desabrigo, coches abiertos, etc.).

También han aumentado los reumatismos agudos articulares y musculares. Las anginas catarrales y las bronquitis gripales han sido los afectos predominantes en los niños.

Crónicas.

La Oficina de Farmacia.—Acaba de publicarse el Suple-

mento 41 á la Oficina de Farmacia según Dorvault que tantos servicios presta á la clase farmacéutica.

Hemos tenido el gusto de examinar este Suplemento que entre otras novedades contiene las siguientes:

Análisis.—Determinaciones del ácido úrico, albúmina, cloro, azul de metileno, quinina, pigmentos biliares, etc., en la orina; hierro en la sangre, sangre en la orina y heces; reacción de la orina de los tíficos; composición de las heces fecales, etc.; determinación del bismuto y otros metales, así como las sales ferrosas, morfina, ácido hipúrico, etc.; reconocimientos nuevos, reacciones, ensayos, investigaciones y dosificación de varios productos.

Química, Higiene y Microbiología.—Preparación de la adrenalina, cloroformo electrolítico, silicato sódico, etc. Purificación de la cocaína, pepsina y magnesia, la reacción de Wassermann y el método de Sach Georgi, etc.

Farmacología y Farmacia galénica.—Preparaciones de inyecciones hipodérmicas de aceite alcanforado, de cacodilato de sosa y nitrato estrícnico, etc.; fabricación de sales efervescentes, etc.

Para enumerar todas las novedades que contiene este Suplemento, sería preciso mucho más espacio del que podemos dedicar á este juicio crítico.

De venta en todas las librerías, en rústica, 8 pesetas; encuadernado, 11,50 en provincias, 0,50 para franqueo y certificado.

Excursión médica á Alemania.—*La Especialidad Práctica*, revista de Medicina aragonesa y que se publica en Zaragoza, nos ruega hagamos público que ha organizado una excursión científica á Alemania. Dicha excursión se celebrará en Julio ó Agosto próximo, y la integrarán solamente médicos especiales.

Nuestro querido colega hace un llamamiento á la clase médica, para que los compañeros que simpatizan con la idea lo manifiesten á la mayor brevedad.

Para detalles, itinerario, coste de la excursión, Facultades y poblaciones que han de visitarse, pueden dirigirse al director de *La Especialidad Práctica*, Dr. Algora, Montera, 2, Zaragoza.

Instituto Rubio.—Lista de suscripción para atenciones de este benéfico nosocomio:

	Pesetas.
<i>Suma anterior</i>	64.315,85
Marquesa de Comillas.....	100,00
Doña Antonia Cortés de Ruiz Jimenez.....	250,00
Doña Teodora Escribano de Terol.....	200,00
Doña Martina Torroba de Jordán.....	500,00
Doña Elisa de Ranero.....	125,00
Doña María Zulueta de Ruiz de Gámir.....	250,00
Doña Josefa Rosado, viuda de Rodríguez.....	200,00
Legatarios de D. Carlos Melcior.....	1.500,00
Doña Dolores Lucas.....	50,00
La niña María Luisita.....	50,00
Condes de Tarifa.....	250,00
D. Manuel Mendoza.....	100,00
D. Joaquín Morales de Rada.....	100,00
D. Ricardo Urech.....	2.500,00
D. Casimiro Olivares.....	200,00
TOTAL	70.680,85

Las personas que deseen contribuir á la meritoria obra del sostenimiento de este benéfico hospital, pueden enviar sus donativos al depositario, D. Ignacio Bauer, San Bernardo, 54, ó á la Secretaría del Instituto Rubio (Moncloa).

Vacante.—Bases para cubrir una plaza de médico supernumerario de la Mutualidad Obrera en la barriada del Puente de Vallecas y otro de la de Tetuán:

- 1.^a Poseer el título de licenciado ó de doctor, expedido en cualquiera de las Universidades de España.
- 2.^a Acreditar que se ha ejercido la medicina general, por lo menos, cuatro años.
- 3.^a No tener más de cincuenta años.
- 4.^a No tener intervención alguna en las sociedades lla-

PEÑACASTILLO

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

Director: **DR. MORALES.** — Santander.

madras benéficas, enemigas de La Mutualidad Obrera á juicio del Consejo Central.

Para la clasificación de expedientes se tendrán en cuenta principalmente las circunstancias siguientes:

1.^a Los que hayan obtenido cargos del Estado, Provincia ó Municipio, por oposición, en los hospitales, especialmente en aquellos que más se relacionen con la medicina en general.

2.^a Los que acrediten más años de ejercicio profesional en la medicina general.

3.^a Los que hayan sido alumnos internos, por oposición, en los hospitales, especialmente en Madrid ó Barcelona.

4.^a Los que tengan mejor expediente universitario.

5.^a Los que hayan publicado en libros, memorias, monografías, etc., etc., trabajos originales de medicina general de carácter clínico.

Observaciones.—Al ingresar de numerarios disfrutarán un sueldo de 4.392 pesetas anuales, y estarán obligados á cumplir los acuerdos tomados por la entidad y que se tomen después de su ingreso, como asimismo á vivir dentro de su zona respectiva.

La admisión de pliegos terminará el día 15 de Junio.

Los colegios de Nuestra Señora de la Paloma.—El Ayuntamiento ha publicado una hoja estadística de movimiento y resumen de los servicios en los colegios de Nuestra Señora de la Paloma durante el año 1920.

Según esos datos, ingresaron en el colegio de niños de Madrid 115; se dieron de baja, á petición de la familia, 112; pasaron 12 á la Escuela Albergue y fallecieron tres.

Ingresaron acogidos 84 ancianos; se dieron de baja, á petición propia, 27, y fallecieron 30.

En el colegio de niñas de Alcalá de Henares entraron 58; á petición de las familias, se dieron de baja 47 de ellas y fallecieron tres.

En la Escuela Albergue para niños abandonados, en Alcalá de Henares, fueron acogidos 133, fueron entregados á sus familias 55, sentaron plaza en el ejército cuatro, fallecieron tres y se fugaron 18.

El Ayuntamiento tiene el propósito de completar la construcción del Asilo de Madrid y realizar mejoras en los de Alcalá, y anuncia que está construyendo una tahona, que surtirá al Asilo y á los dependientes municipales.

M. Briand doctor «honoris causa».—El príncipe de Gales ha dirigido una afectuosa carta al presidente del Consejo, Sr. Briand, confiriéndole, en nombre del Consejo de gobernadores de la Universidad de Gales, el título de doctor «honoris causa», en prueba de reconocimiento por los grandes servicios prestados por el Sr. Briand á la causa de los aliados durante la guerra y como muestra de las cordiales relaciones que existen entre Francia y la Gran Bretaña.

El Sr. Briand ha contestado al príncipe agradeciéndole el honor que se le hacía y excusándose de no poder ir á Cardiff para recibir el título por retenerle en París de manera imperiosa los deberes de su cargo.

VI Congreso Internacional de Fisioterapia.—Por acuerdo del V Congreso Internacional de Fisioterapia celebrado en Amberes el año pasado, el próximo Congreso se celebrará en Madrid en Mayo de 1922.

El Dr. Calatayud Costa, catedrático de Electrológica y Radiología médicas de la Universidad Central, y el Dr. Bartrina, profesor de Mecanoterapia de la Facultad de Medicina, han sido nombrados presidente y secretario, respectivamente, del próximo Congreso, por acuerdo unánime de las Sociedades Fisioterápicas de los países europeos y americanos representados en el Congreso de Amberes.

En breve quedará constituida la Comisión organizadora del Congreso de Madrid, la cual fijará el programa de los trabajos científicos.

Beneficencia municipal.—Se recuerda al público en general que la asistencia gratuita á partos por la Beneficencia municipal la realizan única y exclusivamente los médicos tocólogos del referido Cuerpo facultativo, y para la mejor

rapidez del servicio, se encarece á las personas que tengan derecho al mismo (que, según acuerdo reciente del Ayuntamiento, son las que paguen menos de 40 pesetas mensuales de alquiler), pidan con la debida anticipación las hojas en las respectivas Casas de Socorro, en las horas señaladas para las oficinas municipales, esto es, de nueve de la mañana á dos de la tarde.

LIBROS de medicina franceses, se mandan rápidamente á toda España. Ventas en francos. Catálogos, bibliografías de cada especialidad. Dirigirse á la librería Internacional, Churruca, 6, San Sebastián.

Oposiciones á Sanidad Militar y de la Armada. Preparación completa por los Dres. R. Garely y L. Muruzabal del cuerpo de Sanidad.

Informes: Dr. Garely, Fernando el Santo, núm. 5. Madrid.

La llamada ENCEFALITIS LETARGICA, por el Dr. E. Fernández Sanz. Quedan muy pocos ejemplares de esta monografía. Pedidos á la Administración de este periódico. Precio 2 pesetas.

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

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



Rostelle
Raimost
vino sin alcohol

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

ANTICATARRAL García Suárez

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

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

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

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

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

GLICERO Granulado DALLOZ

TÓNICO NERVINO

Glicerofosfato de Cal químicamente puro

MINERALIZADOR

Depresión nerviosa * Neurastenia * Desmineralización * Tuberculosis ósea y pulmonar.

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