

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad 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.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.	J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII
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.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.		

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

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 el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laríngea, por el Dr. José María Barajas y de Vilches. — Los riñones grandes, por G. Marion. — Apendicitis y oclusión intestinal, por el Dr. Francisco Rico Belestá. — Casos clínicos con Wassermann, por el Dr. Sicilia. — El paludismo en el ejército y su importancia social, por el Dr. Francisco Blázquez Bares. — Bibliografía, por E. Luengo. — Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlin. — Estatuto de la Universidad de Madrid, por el Dr. Luis Marco. — Segunda Asamblea de Colegios Médicos. — Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo. — Sección oficial: Ministerio de la Gobernación. — Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Sobre el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laríngea

POR EL

DR. JOSÉ MARÍA BARAJAS Y DE VILCHES

Director fundador del Instituto Otorrinolaringológico de las Siervas de María.

Coincidiendo en el modo de pensar con la mayoría de los especialistas, he de manifestar una vez más que el asunto de que me ocupo en este trabajo es el niño mimado del laringólogo y también el más travieso.

Las primeras tentativas hechas en España para combatir de un modo cruento las manifestaciones laríngeas de este terrible azote humano datan del año 1875 y fueron practicadas por el Dr. Ariza en el Instituto de terapéutica operatoria que D. Federico Rubio fundó en el Hospital de la Princesa, siendo continuadas posteriormente por el Dr. Uruñuela y mi padre, recordando entre otros los trabajos del Dr. Ariza titulados «La tisis laríngea ante el laringoscopio» y «Pólipo subglótico de forma bifida y de naturaleza tuberculosa».

Hasta el año 1884 no he podido encontrar bibliografía extranjera, siendo Schnitzler, de Viena, de los primeros que estudiaron los tumores laríngeos tuberculosos, relatando un interesante caso en el *Wiener Med. Presse*, en el que se trataba de un enfermo de veintidós años que presentaba varios tumores del tamaño de avellanas implantados en los ventrículos, de co-

loración más intensa que en el resto de la mucosa, apareciendo en su superficie unos nodulitos del tamaño de una cabeza de alfiler de color amarillento y con gran disnea que obligó á traqueotomizarle, extirpándole los tumores á los ocho días con la guillotina, y suprimiendo la cánula á los cuatro meses en que fué dado de alta.

Al año vuelven á reproducirse las lesiones y se le practica la segunda traqueotomía, seguida de raspado de las masas vegetantes que habían retoñado en el espacio subcordal, saliendo á los dos meses de haberle hecho la segunda intervención. No había pasado mucho tiempo cuando otra nueva recaída le obliga á presentarse á Schnitzler respirando angustiosamente á pesar de no haberle suprimido la cánula esta vez por precaución, exhalando un olor fétido que se combatió con inhalaciones de sublimado y pulverizaciones de iodoformo. Nuevo raspado, y cuando las úlceras estaban cicatrizadas y sólo presentaba un ligero entorpecimiento en el movimiento de los aritenoides, se empezó la dilatación graduada con los tubos, quedando con luz respiratoria suficiente y curado de sus lesiones laríngeas que permitieron la decanulación definitiva.

Igualmente Chiari, John Mackenzie, Percy y Kidd estudiaron numerosos casos, y poco á poco la avalancha de conocimientos científicos, dirigida por paladines de esta alcurnia, va dominando paso por paso los hasta entonces insondables terrenos de la peste blanca, y

honra es decirlo que mientras en los Estados Unidos como una gran novedad Kidd y Mackenzie participan á la Sociedad Clínica de Maryland una observación parecida á la citada de Schnitzler, con sus respectivos análisis histológicos y después de sostener grandes polémicas para posesionarse de la prioridad del descubrimiento en el cadáver de los tuberculomas laríngeos, ya en el Anfiteatro anatómico español por nuestros clínicos inmortales de aquel entonces, habían sido observados y descritos en el hombre vivo.

Las nuevas falanges de especialistas con Gougnehein, Lermoyez, etc., á la cabeza arrastran contra tan terrible mal, y en el año 1887 el Dr. Massei, de Nápoles, presenta una Comunicación á la Sociedad Francesa de Otología y Laringología titulada «Tratamiento local de la tuberculosis laríngea (período ulceroso) por los medios quirúrgicos» haciendo un resumen de todo lo publicado en aquella fecha.

Posteriormente son incontables los especialistas que fundaron todas sus esperanzas en el tratamiento quirúrgico de la fímbria laríngea, siendo igualmente notables los trabajos de Krause y sobre todo los de Heryng, de Varsovia.

Los enfermos se van estudiando cada vez más completamente y, por lo tanto, van surgiendo claros y concisos los límites de tan precioso remedio y en el año 1897 en el Congreso Internacional de Medicina, de Moscou, el Dr. Botey presenta una comunicación sobre las indicaciones y contraindicaciones de la Cirugía en el tratamiento de la tuberculosis laríngea y resultados que pueden esperarse, teniendo en cuenta como primera condición el estado general del enfermo, que ha de estar poco afectado y con gran valor y poca impresionabilidad, las lesiones pulmonares poco extendidas y con tendencia á estacionarse y sobre todo la laringe afecta de una fímbria con carácter hipertrófico ó bien polipoide y vegetante. También justificarán esta clase de tratamiento según dicho autor, las infiltraciones ulceradas ó no de la epiglotis y aritenoides, aunque dentro de ciertos límites, y en el 80 por 100 de los enfermos restantes la tuberculosis laríngea no es operable.

Según la vía utilizada para llegar á la laringe, así dividiremos el tratamiento en extrínseco é intrínseco, figurando en el primer grupo la traqueotomía, la laringofisura y la extirpación total de la laringe.

Berverley Robinson ha erigido la traqueotomía en recurso supremo de la fímbria laríngea, fundándose en que con ella se suprimen las causas que pudieran irritar la laringe del tuberculoso respirando éste por las vías naturales; y así, Bretonneau á primeros del siglo XIX, M. Schmidt en 1886 y, más tarde, Gluck en 1911, hasta la época actual, sería interminable la lista de los trabajos publicados en que tratan, unos, de las excelencias de dicha intervención, y otros, de sus inconvenientes; como Moure observó en más de una ocasión en que la irritación causada en la tráquea por el aire inspirado tan directamente fué responsable de una diseminación del proceso pulmonar, que hasta entonces había permanecido estacionario; en cambio, surge como recurso vital en aquellos otros casos de es-

tenosis laríngea fímbria, en que mecánicamente es imposible la entrada de aire y, por tanto, se halla amenazada de un modo inmediato la vida del enfermo; es, pues, un tratamiento de oportunidad y que, además, el médico debe utilizarlo, para emplear otros remedios como la electrolisis, la galvanocáustica y la radiumterapia, según lo hizo Kahler, en 1913, en la tuberculosis laríngea.

En muchas ocasiones las lesiones suelen tener forma infiltrante y asentar en el espacio subcordal, presentando tal dureza que imposibilitan el empleo de los delicados instrumentos usualmente empleados en la cirugía endolaríngea, aparte de los inconvenientes de anestesia y hemostasia en semejantes condiciones. Blumenfeld así lo reconoce y aconseja traqueotomizar en estos casos, haciéndolo Botey y Denker á través de la membrana cricotiroides.

Las ventajas de la traqueotomía yo mismo he tenido ocasión de observarlas en una enferma tuberculosa pulmonar y laríngea que se me presentó en la consulta del Instituto Laringológico hace un año, acusando ronquera desde hacía algún tiempo; pero, sobre todo, con una gran dificultad respiratoria, que progresó paulatinamente, llegando al caso extremo de amenazar seriamente la vida de la pobre enferma. Prescindiendo de los datos no interesantes para el asunto que trato, como anamnesis, etc., que completan la historia clínica de dicha enferma; mas, no obstante, hago constar que en sus pulmones existían lesiones dobles en período de reblandecimiento, de marcha lenta y con desnutrición general, con poca fiebre y, en resumen, con pocas defensas orgánicas, según comprobó posteriormente mi distinguido amigo el Dr. Navarro Blasco mediante la cutirreacción con los antígenos parciales.

La laringe, en el momento del reconocimiento, presentaba una gran estenosis, debida á cuatro masas infiltro-tumorales situadas dos en los ventrículos y dos inferiores en la zona subcordal. Estas masas eran redondeadas, sin que cambiase su situación con los movimientos respiratorios y fonatorios, que estaban, naturalmente, abolidos.

Establecido el diagnóstico clínico, inmediatamente se decidió la intervención que nos sacase de momento de la difícil situación en que se encontraba la enferma, practicando la traqueotomía inferior, luchando con alguna dificultad por el estado de ingurgitación venosa que tenía en todo el cuello, como siempre se observa en los enfermos con trastornos vasculares laríngeos.

Establecida la respiración á través de la cánula, la vida fué volviendo á mi enferma, y nuestros esfuerzos fueron compensados por una prórroga que la naturaleza hubo de concedernos para seguir luchando contra el tenaz enemigo que minaba aquel organismo. Efectivamente, á los pocos días se levantó de la cama, sin haber experimentado el menor contratiempo, y no solamente las lesiones de la laringe experimentaron mejoría notable en su evolución, sino que su estado general era otro distinto y sus infiltrados laríngeos disminuyeron notablemente, pudiendo emitir la voz, si no con su timbre normal, muy aproximado y respirando

á través de la laringe cuando tenía la cánula tapada. La envié á su pueblo con tratamiento higiénico dietético, puesto que su mal estado general no permitía tratamiento específico, y al año se me ha vuelto á presentar en la consulta con la voz natural y con la laringe ligeramente infiltrada, pero con la abertura de la glotis normal y manteniendo la cánula únicamente por precaución, y ante el temor de una recaída, como ocurrió en el caso de Ariza citado al principio de mi trabajo.

A nadie de los que á esta rama de la Medicina nos dedicamos se nos podrá ocultar la inmensa satisfacción experimentada, no solamente por el hecho del deber cumplido, bordeando los escollos puestos por la enfermedad para terminar con la vida preciosa de un semejante, sino que nuestro legítimo orgullo se vió aún más justificado ante aquella cesión que la naturaleza nos otorgaba de un organismo que estando condenado á sucumbir, resurgía en él la vida y lo que es aún más hermoso, la salud. Ya ha hecho más de un año de aquel episodio y las cosas continúan en la misma situación, confirmándonos en que la traqueotomía no sólo es tratamiento coadyuvante de la fimia laríngea, sino uno de los recursos más directos que habrá de prestarnos inmejorables resultados cuando las condiciones personales del enfermo nos permitan utilizarlo.

Goris, de Bruselas, fué de los primeros que empleó la laringofisura como tratamiento quirúrgico de la tuberculosis, mas al poco tiempo hubo de abandonarlo sin que se me alcancen las causas de este cambio, seguramente motivado por los fracasos especialmente de la anestesia, que antes de la era de Reclús y Schleich, Braun y Hackenbruch tenía que ser general, bien clorofórmica ó bien etérea y á causa de la inhalación tan directa en el aparato respiratorio ya con lesiones de antemano, una nueva infección de bronquios ó de pulmón se enseñoreaba de aquel pobre organismo incapaz de defenderse de lo nuevo, cuando apenas podía con lo viejo.

El empleo de la anestesia local hace resurgir la laringofisura como tratamiento de la fimia laríngea y sus indicaciones se definen claramente, exigiendo el empleo de tal remedio un estado general poco afectado, las lesiones pulmonares limitadas, la tráquea y faringe sanas y, sobre todo, cuando después de haber fracasado el tratamiento endolaríngeo, las lesiones tienden á empeorar, degenerándose los tejidos neoformados ó aumentando la estenosis producida por los infiltrados tumorales.

Arnoldson, de Stokolmo, describe una intervención practicada en el año 1912 á un enfermo que padecía duros y extensos infiltrados de un ventrículo que fueron extirpados después de hacerle la laringofisura, curándose el enfermo totalmente. Este mismo autor cita el caso de una muchacha de veinte años afecta de un proceso benigno tuberculoso pulmonar con enorme infiltración de la glotis, tan extraordinariamente dura, que no pudo ser disminuída con el cuchillete ni la pinza. Como el estado general era bueno, sin fiebre ni taquicardia, y el proceso pulmonar moderadamente ex-

tendido, el autor se creyó autorizado á intervenir, practicando la laringofisura y resección de las masas infiltrantes, volviendo la enferma al cabo de dos años con su laringe completamente libre y sin haber utilizado durante esa época nada más que el régimen sanatorial, estando clínicamente curada de sus lesiones laríngeas.

Algunos laringólogos como Berg en el año 1908 y Wilms en 1910 utilizaron dicha operación para hacer actuar los rayos X directamente sobre el cavum laríngeo, demostrando Brünings y Albrecht el efecto favorable de la roentgenterapia en la laringitis tuberculosa inoculada á los conejos y demostrando anatomopatológicamente el proceso curativo, que dichos autores comprobaron más tarde en la clínica.

Si por lo expuesto referente á la laringofisura vemos los contadísimos casos en que se justifica su empleo, otro tanto podemos decir de la laringuectomía, que si como remedio único, excelente é insustituible, bien satisfechos debemos estar los laringólogos de su acertada indicación en el cáncer laríngeo, no podemos decir lo mismo de su significación como tratamiento de la fimia, pues á la vista del médico más distanciado de estas cuestiones, resalta la gravedad de inferir semejante traumatismo á un organismo depauperado ó, por lo menos, con gran escasez de defensas orgánicas, las cuales necesita de un modo egoísta para defenderse de sus lesiones torácicas, que en caso de ser limitadas en el pulmón, las de la laringe seguramente han de encontrar alivio ó curación con los procedimientos quirúrgicos menos devastadores...

Efectivamente, son poco alentadoras las estadísticas de los cirujanos calificados por Moure de audaces y poco amantes de la vida de sus enfermos, que han publicado casos aislados de fantásticas curaciones, que todos hemos tenido ocasión de ver en las grandes clínicas de la especialidad.

Entre los que más han trabajado en esta materia figura el nombre de Gluck, el cual tiene una estadística de 20 casos, de los cuales tres murieron después de dos años y medio, viviendo los demás tres, cuatro y hasta doce años, y fundando dicho autor las indicaciones de la laringuectomía: 1.º, en las ulceraciones extensas y profundas de la mucosa; 2.º, en las pericondritis con necrosis del cartilago, abscesos y perforaciones de las partes blandas; 3.º, extensas proliferaciones fímicas tumorales, y 4.º, ulceraciones é infiltraciones de la entrada laríngea, las cuales, produciendo gran disfagia, hacen imposible la nutrición. Todo esto en cuanto se refiere á las condiciones locales de la afección, afirmando el mismo autor que el estado general ha de ser relativamente bueno con limitación grande de las lesiones pulmonares y la terapéutica endolaríngea totalmente fracasada.

Arnoldson practicó una laringuectomía en un tuberculoso seguida de muerte (1911).

Por todo lo expuesto no he de insistir más sobre los casos en que ha de hallarse indicada dicha operación, y que seguramente pueden contarse por los dedos, no habiendo tenido en mi modesta práctica profesional oca-

sión de hallar justificado tal remedio en ninguno de los enfermos observados, los cuales todos han tenido las manifestaciones fónicas laríngeas, siempre consecutivamente á las lesiones pulmonares.

Entre las intervenciones que el especialista puede ejecutar como tratamiento sintomático y paliativo figura la anestesia del nervio laríngeo superior. Frey, Sicard y Braum en el año 1905, y más tarde Chevrier y Caillard, preconizaron la anestesia regional por interrupción nerviosa, sustituyendo Lewy y Schlosser, en el año 1908, el alcohol por la cocaína, y curando en esta forma algunos casos de tic doloroso facial, que dieron motivo á una comunicación que presentó Schollosser en el Congreso de Heidelberg, y cuya técnica se difundió rápidamente, surgiendo los trabajos de Oswalf, Killiani, etc., hasta que ya Hoffmann, de Munich, en el año 1909, para calmar la disfagia de los tuberculosos, empleó las inyecciones de alcohol en el trayecto del nervio laríngeo superior, cuya técnica no he de describir por no considerarla pertinente á este trabajo. Nosotros hemos utilizado indiferentemente la de Frey, que pone al enfermo sentado, y la de Hoffmann y Moure, que lo acuestan: lo interesante es poner el cuello en extensión forzada con la cabeza dirigida hacia el lado opuesto al que se quiere inyectar, y una vez en esta posición, el tacto nos suministrará los puntos de referencia, que son las astas mayores del hioides, y entonces la aguja se introducirá hacia abajo y adelante del cuerpo de dicho hueso, atravesando piel, tejido celular subcutáneo y músculos, encontrando la membrana tirohioidea, la cual está atravesada por dicho nervio en unión de la arteria y de la vena, aunque envueltos cada uno en su vaina propia. El contacto de la aguja con el nervio se acusará por un violento dolor irradiado al oído por intermedio de la rama sensitiva auricular de Arnold del ganglio superior del nervio vago, que se distribuye por la cara posterior del maxilar al conducto auditivo y membrana del tímpano, siendo el dato más útil y seguro para entonces inyectar inmediatamente la solución anestésica ó neurolítica, como así es el efecto del alcohol, según com probó Paul Boncourt en su tesis de Doctorado, basada en los trabajos de Finkelbürg, que continuaron Beule, en Bélgica, y Beaudoin, en Francia.

No satisfecho Boncourt con las inyecciones de alcohol propuestas por Hoffmann, las cuales determinaban gran reacción dolorosa en los tejidos circunvecinos, modificó la técnica inyectando primero 1 c. c. de novocaína y adrenalina, con lo cual anestesia los tejidos inmediatos y sin sacar la aguja para no perder los puntos de referencia, después de cinco minutos inyecta 1 c. c. de alcohol de 90°.

Moure inyecta 1 ó 2 c. c. de la solución al 1 por 100 de clorhidrato de cocaína en alcohol de 60°. Arnoldson ha llegado á inyectar hasta 10 c. c. de alcohol.

Otra fórmula de dicho autor para obtener la neurolysis es la siguiente:

Desp.

Clorhidrato de cocaína.....	20 centigramos.
Cloruro mórfico.....	5 —

Antipirina.....	5 centigramos.
Bisulfato de quinina.....	50 —
Cloruro de sodio.....	10 —
Alcohol de 80°.....	50 —

Esterilícese para inyecciones de 1 c. c.

Esta fórmula, excesivamente complicada, es más dolorosa que la citada en primer lugar, posponiendo su mismo autor esta última á la primera que es la que utiliza actualmente en todos casos.

En el año 1909, no satisfecho Avellis con el tratamiento anterior, que si bien de momento suprimía tan terrible síntoma como es la odinfagia, sus efectos no tardaban muchos días en desaparecer, obligando á inyectar nuevamente el líquido anestésico, unas veces con éxito y otras sin él, lo cual unido al fracaso total de dicho procedimiento en bastantes casos, le hicieron pensar en otro, cuyos resultados fueran más definitivos, y, efectivamente, por primera vez practicó la extirpación del nervio laríngeo superior, siendo su idea secundada por Rethi y Moure en el año 1912, y por Chalier y Bonet en el 1913. Unos y otros establecen modificaciones á la técnica, y así mientras Chalier practica la incisión horizontalmente á igual distancia del tiroides que del hioides, Liebault y René siguen la técnica como para la liga dura de la carótida externa, siendo este el procedimiento más frecuentemente empleado en la actualidad, y que consiste en hacer la incisión á un centímetro por delante del borde anterior del esternocleidomastoideo, teniendo por centro el asta mayor del hioides. Previa disección de los tejidos y encontrada la carótida se toman como signos de referencia su rama tiroidea superior, de convexidad superior, y la laríngea que acompaña al nervio hasta su penetración en la membrana tirohioidea, teniendo necesidad para descubrirlo de separar el músculo tiroideo correspondiente.

Desde el año 1880 trata de combatirse la tuberculosis laríngea por los medios quirúrgicos, empleando las vías naturales para utilizarlos en el interior de dicho órgano, siendo Heryng uno de los primeros propagandistas del método, siguiéndole numerosos prosélitos que en estos últimos años reseñan numerosos casos, los cuales se curaron unos y se aliviaron otros por un activo tratamiento endolaríngeo, y que si bien al principio hubo de abusarse de su empleo, lo mismo en las formas infiltrantes y vegetantes de evolución lenta, que en las ulceraciones y procesos destructivos, más adelante sus indicaciones se han venido especificando y así lo utilizaremos felizmente en la laringofimias crónica y lenta que tópidamente va evolucionando, acompañada de un estado general relativamente fuerte, mientras que en absoluto deberemos prescindir de él en los sujetos febriles y con gran taquicardia, pues en estos individuos es indispensable el ahorro de su resistencia orgánica y no deberemos gastar sus fuerzas en un tratamiento penoso y lento; aparte de que sus manifestaciones laríngeas suelen tener extraordinario carácter de agudeza, exacerbándose con el tratamiento quirúrgico local. En este sentido presentó una comunicación Labernardie, de París, á la Société Française d'Otorhinolaringologie en el mes de Mayo de 1920.

Las incisiones se utilizan desde hace mucho tiempo.

po para calmar la disfagia en los casos de infiltración edematosa de la zona superior de la laringe (forma alta de Lubet Barbón) que invade la epiglotis, los aritenoides y articulación crico ariteroidea.

Las escisiones y raspados pueden emplearse, no solamente en las formas infiltrantes más ó menos limitadas, sino que tienen su preciosa aplicación en las formas tumorales y vegetantes. En cambio son mucho menos frecuentes los casos en que pueden utilizarse para extirpar ulceraciones limitadas de la mucosa.

En los casos limitados á la epiglotis, podrá obtenerse excelentes resultados con la extirpación del foco, presentando una brillante estadística Nils Arnoldson de 70 casos curados con la epiglectomía practicada en algunos hace más de once años.

En la forma baja de laringofimia (división de Lubet Barbón), la escisión de los focos tuberculosos con la pinza de Krause tiene gran importancia para la curación, sobre todo cuando recaen en las cuerdas vocales á manera de pólipos, extirpándose como ellos y cauterizando el sitio de implantación.

Las lesiones infiltrantes de las cuerdas vocales, decía Blumenfeld en el año 1904, que generalmente no deben ser objeto de tratamiento quirúrgico, pero en su libro sobre tuberculosis, publicado en el año 1919, su opinión se ha modificado en sentido favorable á la intervención en estos casos, y dice: «La escisión de una cuerda vocal es cosa muy fundamentalmente razonada en la casuística de Arnoldson, por experimentos materiales y es de la mayor importancia»; manifestando el mismo Blumenfeld la voz tan aceptable que les queda á los operados de escisión de infiltrados tumorales, tanto los limitados, como los extendidos á toda la cuerda vocal. En algunos casos, de curso favorable, puede observarse la regeneración de toda la cuerda, adaptándose la cicatriz á la función fonatoria y apreciándose muy poca alteración en el timbre de la voz, semejante á un estado catarral. Este proceso curativo y de adaptación ha tardado en ocasiones algunos meses, siendo muy difícil para el pronóstico la seguridad de una restitución de la función fonatoria después de haber extirpado totalmente una cuerda vocal.

La contraindicación más importante del citado tratamiento depende de la situación del infiltrado en el espacio subcordal, como igualmente en los casos de gran infiltración glótica muy estenosados, aconsejando algunos autores en tales ocasiones, escindir primero un solo lado y posteriormente el otro, pero siempre teniendo preparada la traqueotomía.

Quizás la maniobra endolaríngica más empleada en nuestras clínicas para el tratamiento antifímico local es la galvanocáustica; con ella, como dice muy bien Moure, se han curado más procesos fímicos, que con los otros procedimientos, y de día en día se ha ido resaltando de un modo terminante el valor de este agente terapéutico en las distintas formas de la tuberculosis laríngea, viniendo en nuestras consultas á prestarnos relevantes servicios cuando lo utilizamos en las infiltraciones edematosas de los ventrículos, de los cartílagos aritenoides y de la epiglotis, etc., como en los fibrotu-

berculomas é infartos interaritenoides que por su dureza resistieron á la pinza de Gougouenheim.

Por este procedimiento en el servicio otorrinolaringológico del Dr. Lombard en el Hospital Laenec, el Dr. André Boch ha curado recientemente una forma rara de tuberculosis laríngea descrita por Collet y Portmann, en una muchacha de diez y siete años, sin antecedentes personales ni hereditarios, que en el ventrículo izquierdo de la laringe presentaba una masa voluminosa irregular y mamelonada de aspecto papilomatosa que hacía relieve en la glotis, saliendo hacia la línea media, bastante sesil y extensamente pediculada, sin poder precisar el sitio de la implantación. No presentaba adenopatía ni otro signo en faringe y cuello, ni en el resto de su organismo. Practicada la biopsia demostró tratarse de una masa tuberculosa con folículos netos y caseificada en su centro, con células gigantes y bacilos de Koch. Durante un año que estuvo hospitalizada la enferma fué tratada por cuatro galvano-cauterizaciones, utilizando en la segunda el laringoscopio de suspensión de Killian-Albrecht. La enferma se curó radicalmente según comprobó el Dr. Parat en la última biopsia, observando un corion espeso muy vascularizado atravesado por bandas fibrosas que á manera de retículo encerraban leucocitos mononucleares, fibroblastos extendidos hasta la membrana basal, muy raros nódulos circunscritos por una espesa cubierta fibrosa muy densa y fácilmente teñible y algunos acinis glandulares infiltrados también de leucocitos. Ausencia total de bacilo de Koch. En resumen, se trataba de una tuberculosis laríngea en vías de organización fibrosa y sin propagación linfática. No me detengo más sobre tan interesante caso cuyas consideraciones acerca de la etiología y patogenia nos llevarían muy lejos, haciendo solamente resaltar las indiscutibles ventajas obtenidas por el citado agente terapéutico.

De menos valor práctico que la galvanocáustica es la electrolisis empleada por algunos en la infiltración de la epiglotis y repliegues aritenoeplóticos, no encontrando en la literatura profesional noticias muy alentadoras de tal remedio; yo por mi parte, ni la detracto ni la defiendo, pues no he tenido ocasión de encontrar justificado su empleo, sobre todo por disponer de otros recursos terapéuticos de gran valimiento y que seguramente los resultados obtenidos con la electrolisis no serían mejores que los obtenidos con los otros medios, aunque su difícil técnica se ha simplificado notablemente con la laringoscopia directa. Moure utiliza una corriente de 20 hasta 50 miliamperios aumentados gradualmente y en sesiones de uno, tres y cinco minutos, habiendo casi abandonado este mismo autor tal procedimiento por no haber obtenido beneficio alguno y ser extraordinariamente doloroso á pesar de la anestesia. Tampoco Renys ha encontrado ningún resultado favorable en los casos que intentó curar con electrolisis.

Ultimamente, en Alemania se ha utilizado por algunos el procedimiento endolaríngico de Pfannenstiel publicado en 1917 por dicho autor y que consiste en la administración interna de yoduro de sodio y actuación directa del ozono por inhalación sobre las lesiones

laríngeas, habiendo sustituido el ozono por el líquido de Carrel puesto en contacto directo con las lesiones mediante el atomizador de Parke Davis.

Las indicaciones del método, según su autor, son: 1.º, en las lesiones ulcerosas superficiales é infiltrantes; 2.º, limitación del proceso pulmonar; 3.º, estado general bueno, y 4.º, el intestino y los riñones sanos.

Las contraindicaciones se reducen á un estado de gran infección tuberculosa con grandes lesiones pulmonares, y, sobre todo, con nefritis ó degeneración amiloidea del riñón.

Dado el estado actual científico, en estos enfermos cada vez se impone más imperiosamente el tratamiento combinado, empleando los nuevos recursos terapéuticos avalorados con los baños de luz con la lámpara de arco, inmunización, etc., pero hoy día tenemos que pensar siempre que podamos en éstos casos, en suprimir con la pinza y modificar con el gálvano la mayor cantidad de los tejidos enfermos, ínterin la Ciencia no da el paso definitivo que redima á la humanidad de tan cruel azote.

1 de Noviembre de 1921.

LOS RIÑONES GRANDES

POR

G. MARION

(De su obra *Traité d'Urologie*. — 1921).

TRADUCCIÓN DE E. LUENGO

Es frecuente ver un enfermo que presenta como síntoma, si no capital, por lo menos muy importante, un aumento de volumen de uno de los riñones y entonces hay que resolver esta doble cuestión: 1.º, *saber si la tumefacción que se examina es realmente de un riñón*; y 2.º, *cuál es la causa de este aumento de volumen*.

I. ¿SE TRATA DE UN RIÑÓN?—Las condiciones que permiten localizar una masa en el riñón, distan mucho de ser idénticas; varían según se esté en presencia de un *riñón de mediano volumen*, de un *riñón de gran volumen*, de un *gran riñón flotante*, ó de un *gran riñón ectópico*.

A. RIÑONES DE MEDIANO VOLUMEN.—El riñón aumentado de volumen en proporciones medias, necesita ser buscado, sobre todo si el individuo es un poco fuerte, ó no permite deprimir fácilmente su pared. Se le explorará siguiendo las reglas de la palpación y percusión del riñón.

Se reconocerá que se trata realmente del riñón por los caracteres siguientes:

a) Por tratarse de un TUMOR LUMBAR, es decir, de un tumor que se percibe por detrás sin que la mano anterior se vea obligada á esforzarse para ponerle en contacto con la mano posterior.

b) El tumor renal presenta una FIJEZA RELATIVA; no es posible movilizarle de una manera marcada. Sin embargo, por una parte, los dedos de la mano posterior pueden rechazarle hacia adelante, hasta el contacto de la mano anterior; este movimiento de atrás á adelante, provocado de un modo brusco, constituye el fenómeno del *peloteo renal*. Por otra parte, salvo en el caso en que el riñón está inmovilizado por el hecho de una perinefritis muy acentuada, sigue los movimientos de elevación y descenso del diafragma, cosa que se aprecia fácilmente, aprisionando el polo inferior entre las dos manos.

c) Un tercer carácter muy importante es que la *masa presenta por delante de ella una zona de sonoridad*, debida á que el tumor empuja hacia adelante el colon ascendente ó descendente. Los tumores hepáticos ó esplénicos empujan, por el contrario, el intestino hacia abajo y determinan una macidez que se continúa con el órgano de que dependen.

En caso de duda, para distender el intestino, se practicará en el recto una inyección de aire, por medio de una sonda rectal, á la que se adaptará una pera de termocauterío.

d) Por último, los tumores renales son de forma redondeada y no presentan borde claro, como el hígado ó el bazo.

Estos caracteres permitirán diferenciar un riñón grande de un tumor de la pared abdominal, en particular de los fibromas, cuya situación es más superficial y que se inmovilizan por la contracción de la pared.

Los tumores del intestino, sobre todo los de los ángulos del colon, pueden confundirse con un riñón grande. Pero estos tumores son abdominales y no lumbares, y sería excepcional que un tumor del intestino, algo voluminoso, no provocara trastornos intestinales.

La distinción es, á veces, mucho más delicada entre los riñones grandes y las tumefacciones del hígado ó de la vesícula á la derecha y del bazo á la izquierda.

Habrá que recordar que, mientras que los tumores renales son lumbares, los del hígado ó del bazo son abdominales y no pueden conducirse á la región lumbar, más que por el apoyo de la mano anterior. Por otra parte, *esta clase de tumores cuando se consigue empujarlos hasta la fosa lumbar no continúan allí*; inmediatamente vuelven á la superficie, aun cuando el enfermo esté en reposo. Estos tumores presentan macidez que se continúa con los órganos de que dependen; los tumores renales, por el contrario, están cubiertos por una zona de sonoridad. Las tumefacciones del hígado ó del bazo tienen bordes cortantes, las tumefacciones renales son redondeadas. Todos estos caracteres deben ser estudiados cuidadosamente, porque los errores no son raros, y á menudo se ha llegado á tomar un vulgar lóbulo hepático derecho, pediculado y descendido por el uso del corsé, por un tumor renal.

En ciertos casos de *quistes desarrollados en la parte posterior del hígado*, la dificultad puede ser imposible de vencer por la sola apreciación de los caracteres del tumor; entonces hay que recurrir al cateterismo ureteral.

Los tumores y aumentos de volumen del bazo, dan lugar á las mismas consideraciones; el borde cortante que poseen á menudo, constituye un carácter al que debe prestarse atención. Son igualmente tumores más abdominales que lumbares, que se continúan bajo el reborde costal, en la región en que existe normalmente el bazo. El tumor esplénico, por otra parte, es mate y su macidez se continúa sin interrupción con la del bazo. Existen, sin embargo, quistes del bazo que se desarrollan detrás del epiploon gastro esplénico y pueden simular, si se examinan con poco cuidado, un tumor renal. Solamente, exploraciones especiales (véase más adelante) permiten la distinción.

Los tumores de la cola del páncreas, los infartos de los ganglios lumbares se prestan poco á la confusión; son mucho más internos que los riñones grandes, rechazan el intestino hacia fuera y no constituyen tumores tan francamente lumbares.

Las perinefritis pueden simular un aumento de volumen del riñón. Sin embargo, la masa constituida por la perinefritis se continúa con la pared, y se percibe, sobre todo, á nivel de la región lumbar. Por lo demás, puede existir al mismo tiempo un riñón grande con perinefritis.

B. RIÑONES DE VOLUMEN MUY GRANDE.—Las dificultades del diagnóstico son mayores en el caso de riñones muy voluminosos, porque el tumor se hace entonces verdaderamente abdominal y puede confundirse con todos los tumores del abdomen. No obstante, les son especiales ciertos caracteres que permiten, en general, reconocerlos.

Cierto que son tumores abdominales, pero son *tumores lumbares también*, y hecho capital, no están rodeados por las asas intestinales. No van acompañados de sonoridad en los flancos, sino que, rechazando el intestino hacia adelante, *presentan siempre como barrera una zona de sonoridad*.

Estos caracteres son los que permiten no confundir los riñones muy grandes con los *quistes del hígado*, cuya macidez se continúa con la del órgano; con los *quistes del ovario* ó los *fibromas del útero*, tumores que empujan el intestino hacia los flancos, donde se percibe sonoridad, y cuyo desarrollo de abajo á arriba ha podido notarse á veces por las mismas enfermas.

C. GRANDES RIÑONES FLOTANTES.—El gran riñón flotante es de un diagnóstico más difícil todavía; por el hecho de haber perdido el contacto con la región lumbar, puede ser confundido con tumores más variados.

El carácter que permitirá establecer el diagnóstico es la *posibilidad de colocar el tumor renal en la región lumbar, donde permanecerá* mientras el enfermo esté inmóvil, ó no se le haga salir por nuevas maniobras de empuje. El tumor, una vez reducido, no tiene tendencia á volver espontáneamente al sitio donde fué descubierto.

Este síntoma permitirá distinguir el riñón móvil aumentado de volumen, de un *quiste del mesenterio*, de los *tumores del epiplon*, de los *tumores pediculados del ovario*, del *hígado*, de *ciertas tumefacciones de la vesícula biliar*. Todos estos tumores, en ciertos casos, pueden llevarse fácilmente á la región lumbar; pero desde el instante en que se los abandona, vuelven al lugar en que hayan sido encontrados.

D. GRANDES RIÑONES ECTÓPICOS.—Cuando el desplazamiento del riñón, en lugar de ser la manifestación de una movilidad accidental, es el resultado de una *ectopia congénita*, ó bien cuando, á causa de *adherencias*, un riñón primitivamente móvil ha sido inmovilizado en una posición baja, resulta imposible conducir el tumor á la región lumbar. En este caso, el diagnóstico se hace particularmente difícil si no hay ninguna cosa que atraiga la atención sobre el aparato urinario. Por el contrario, si una manifestación cualquiera autoriza á pensar en una afección renal, se puede sospechar la ectopia y demostrar la naturaleza del tumor por la radiografía practicada después de colocar una sonda ureteral opaca.

En general, el diagnóstico es, por tanto, posible, basándose únicamente en los caracteres de la tumefacción. Cuando existan dudas, es preciso recurrir á otros medios de exploración.

La *fonendoscopia*, aunque poco empleada actualmente, es susceptible, sin embargo, de dar resultados precisos, particularmente para los tumores de la región hepática ó esplénica.

La *radiografía* dará aún resultados más seguros, sobre todo si se practica después de *colocar una sonda opaca en el uréter*.

El *cateterismo del uréter* puede asimismo proporcionar datos sobre los caracteres de la orina de los dos riñones y descubrir una alteración del riñón que venga á confirmar la idea que se había formado ya del tumor. Pero, en otros casos, un riñón puede estar aumentado de volumen sin que se modifiquen sus eliminaciones.

Un último medio para reconocer si se trata de un riñón

es la investigación de la *albuminuria por palpación* (Venge). Consiste en coger lo que se piensa que sea el riñón y hacerle masaje durante unos minutos. Si se trata de un riñón, puede aparecer la albúmina en la orina como consecuencia de esta maniobra, mientras que antes de ella no existía.

Finalmente, en los casos en que no sea posible obtener la solución del problema, se recurrirá á una *operación exploradora*, mejor que á la punción.

Por lo demás, estos casos son excepcionales, porque si es posible suponer que exista la tumefacción sin ningún trastorno en los casos de tumores que afecten á un riñón, se apreciarán con la mayor frecuencia una serie de trastornos funcionales que no solamente ayudarán á localizar el tumor en el riñón, sino asimismo á establecer su naturaleza.

II. *Naturaleza de la afección*.—a) Muy á menudo el diagnóstico de la naturaleza de los riñones grandes no se presta á discusión.

En un enfermo de edad, las hematurias totales espontáneas no influenciadas por el reposo con frecuentes intermitencias, coincidiendo con un tumor renal, harán establecer el diagnóstico de *cáncer del riñón*.

Igualmente se reconocerá la *enfermedad quística del riñón*, si se encuentran grandes los riñones de ambos lados, ligeramente abollados; este estado puede acompañarse ó no del síndrome de la nefritis intersticial (albuminuria, á veces edema).

El error de ningún modo es posible en el caso de *quiste hidatídico*, si el enfermo expulsa, como se observa en ocasiones, vesículas de hidátides.

La *pielonefritis* está caracterizada por la piuria renal, por la existencia de un riñón más ó menos aumentado de volumen, doloroso, algunas veces por la fiebre; quedará por demostrar el origen de esta pielonefritis: tuberculosis, litiasis, infección banal.

La *hidronefrosis*, las *pionefrosis* de diversa naturaleza banal ó tuberculosa, serán fáciles de reconocer si el enfermo acusa dolores en la región lumbar, dolores que coincidan con un aumento de volumen del riñón, disminuyendo éste por la emisión de una orina abundante, clara en el primer caso, purulenta en el segundo.

Si se tratase de hidronefrosis ó de pionefrosis cerrada, nos encontraríamos con un tumor francamente fluctuante ó renitente, y la sonda ureteral detenida á un cierto nivel, no proporcionaría ningún líquido.

b) En otro caso, la interpretación del riñón grande es mucho más delicada, ya sea porque la afección se presente de una manera algo anormal, ya sea porque los síntomas funcionales estén reducidos al *mínimum*, ó porque nos encontremos en presencia de una afección rara, mal caracterizada y en la que no se piensa: *neoplasma sin hematuria, riñón litásico sin dolor ni hematuria, quiste seroso ó quiste hidatídico, tumor paranefrítico, lipomas ó fibromas del riñón, cáncer de la pelvis renal*.

Será necesario proceder en estos casos á una serie de investigaciones susceptibles, á veces, de aportar un indicio que podrá poner sobre la vía del diagnóstico.

c) Por último, ciertos riñones sólo son grandes porque se trata de riñones únicos ó constituidos por dos riñones reunidos. Existen, por tanto, *grandes riñones sanos*. La exploración renal permitirá reconocer que su funcionamiento es bueno y á veces que falta el riñón del otro lado.

III. *Estado del riñón del otro lado*.—El diagnóstico de la afección que padece un riñón grande, sería incompleto si no fuera completado por el diagnóstico del estado del riñón del otro lado, establecido por los medios habituales.

APENDICITIS Y OCLUSIÓN INTESTINAL DIAGNÓSTICO-DIFERENCIAL

POR EL

DR. FRANCISCO RICO BELESTA

CASO CLÍNICO

Frente a un enfermo con dolores intensos en la fosa iliaca derecha, y tratado por espacio de cuatro veces que tuvo repetición el ataque, nuestra línea de conducta actual es poner un tratamiento curativo una vez hecho el diagnóstico de la afección ó estado morbozo.

En toda apendicitis, la conducta seguida por el médico clínico es estar de acuerdo con lo que el organismo le indica, y la explicación dada por ese organismo enfermo son los signos, el dolor local, la fiebre, trastornos intestinales, y la facies apendicular; todos estos signos unidos forman una frase que desarrollada dan el diagnóstico afirmativo, y todo el que sabe desarrollarla será un buen clínico; de lo contrario dirá que muchos síntomas que se creen de una enfermedad afirmada, engañan á veces, lo que creo es que no le engañarán, sino es que no ha entendido su desarrollo al traducirlo y, por consiguiente, no es buen clínico.

Se sabe que el enfermo sufre, pero hay quien no tiene en cuenta del punto que sufre, únicamente piensa la manera de llevar un diagnóstico contrario, sin fijarse que nuestra profesión debe ser humanitaria, teniendo presente que depende la vida de un ser.

Si el diagnóstico hubiera sido una inflamación del epiplón ó los ganglios que se encuentran rodeando al apéndice ó una peritonitis, pues los repliegues peritoneales una vez irritados patológicamente pueden estrangular el apéndice, es evidente que toda esta clase de dramas representados en la región apendicular pueden simular una apendicitis.

Las afecciones del tubo digestivo son las que más interesan, tanto al médico como al cirujano, citándose con más especialidad la *apendicitis* y la *oclusión intestinal*, debido á su gran número en estadística y á la prontitud en el diagnóstico, cuya causa es debida á la rapidez que en muchísimos casos hay que tratar por su importancia, quirúrgicamente.

El diagnóstico de la oclusión intestinal se sabe; hace su base en tres síntomas patognomónicos, como son el dolor general de abdomen con meteorismo, vómitos, primero biliosos, luego eructos de olor fecal, y por último, vómitos estercoreos y el obstáculo á las materias fecales y gases, sintomatología que siendo un buen clínico no hace semejanza ninguna á la de la *apendicitis*.

Con una peritonitis induce á error, debido á que las inflamaciones peritoneales pueden perturbar el movimiento intestinal hasta el punto de complicarse con una real y verdadera oclusión, de modo que el diagnóstico es algunas veces sumamente difícil entre las dos afecciones.

Las vísceras parenquimatosas pueden dar origen á un diagnóstico de oclusión; una laceración traumáti-

ca, el encajamiento de un cálculo en el uréter, dan lugar á lo mejor á dolores intensos y repetidos de todo el abdomen, vómitos y timpanismo de la pared abdominal. Las enfermedades hepáticas dan lugar á la misma confusión: los accesos de cólico, cuyo dolor puede generalizarse á todo el abdomen con el meteorismo y vómitos violentos, aunque sabido es que todo cálculo biliar, una vez llegado al intestino, puede dar lugar á una oclusión completa del mismo.

Una vez dado á conocer el diagnóstico diferencial de la oclusión intestinal con diversas enfermedades, trataremos el caso que motiva nuestra nota clínica.

El enfermo F. F., de treinta y un años, sin antecedentes patológicos dignos de mención, solicita mi asistencia llamándome en diferentes épocas tres veces para tratarle de ataques de dolor; establezco el diagnóstico en la primera visita de *apendicitis* al quejarse de dolor en la fosa iliaca derecha, sensación de llanura y pesó, hiperesesia cutánea, y al frotar la piel observé diversos calambres dolorosos y reflejos del músculo subyacente, síntoma importantísimo para hacer el diagnóstico diferencial entre la apendicitis y los cólicos hepático y nefrítico.

Detención en la defecación; además existían náuseas, vómitos, los primeros eran alimenticios y última, mente eran de carácter bilioso; en el último ataque aparece el cuadro de depresión y colapso, el pulso filiforme. El meteorismo aparece en menor proporción.

La temperatura observada desde el principio de los ataques era de 38° 5. á 39°.

El punto de Mac-Burney era muy señalado al hacer una ligera presión.

Lo que más llamó la atención fué la facies apendicular, caracterizada por una palidez morena que estaba envolviendo toda la boca, resaltando sobre la coloración normal de la cara y labios. En la consulta celebrada hubo discrepancia en el diagnóstico y, por tanto, al cirujano le tocaba en último lugar decir cuál era exactamente la lesión anatómica. Efectivamente, el enfermo fué operado, haciendo el operador su confirmación diagnóstica, pues el acto operatorio es el que hace desviar toda discusión desde el momento que el cirujano coge el apéndice vermicular; sabido es que la lesión de apéndice provoca dolor y éste se cura cuando se extirpa.

Desde el primer ataque, este enfermo hubiera sido operado, sin haber tenido necesidad de exponerse por tres veces á la intervención urgente y peligrosa.

Creo que frente á una afección de este género que puede agravarse en los ataques que puedan repetirse, se debe adoptar una conducta radical y severa y venir á parar á la intervención quirúrgica.

La cirugía es un adelanto para toda lesión que exista en la región apendicular, operación y detrás curación sería rapidísimo, pues yo soy de los que creen que toda afección de este género, el resultado general y positivo es el que debe tenerse en cuenta.

Una vez enfriado, su indicación como tratamiento es la intervención quirúrgica y en la práctica los hechos fueron completos, pero como al tratamiento mé-

dico obedeció la lesión apendicular, rechazó una vez enfriado la operación, no tardando en presentarse para operarle por tener una nueva crisis que le atormentaba.

El procedimiento operatorio seguido, fué el del doctor Weir; después de la incisión de la piel, se hace la abertura de la cavidad peritoneal, levantando la parte interna de la aponeurosis del oblicuo externo con la parte roma de las tijeras, llegando á descubrir la vaina anterior del músculo recto, cubierta que fué incidida transversalmente, entonces el músculo recto es llevado fuertemente hacia el interior llegando á descubrir su vaina posterior, que es incidida transversalmente, continuando la abertura primera del peritoneo extendida desde la espina anterior y superior hasta la línea media. Con los separadores de Farabeug ensanchó el espacio llegando á operar con comodidad y gusto en el abdomen. Una vez abierto el peritoneo se fué en busca del ciego, que aparece debajo del labio externo de la incisión, como un intestino gris surcado por venas longitudinales, y con unas pinzas coprostáticas se extrajo el apéndice.

Se rodeó con compresas el ciego operado fuera del vientre, llegando á hacer la resección del apéndice, con el termocauterio.

Una vez terminada la operación, la vaina posterior del recto y el peritoneo son cerradas con una sutura hecha con catgut, la vaina anterior es igualmente cerrada con el mismo hilo siendo más fuerte que la anterior, los bordes del músculo oblicuo externos son á su vez suturados, terminando el acto operatorio con la sutura de la piel.

Una vez reconocido toda esta clase de síntomas agregando la solución quirúrgica, no da lugar á duda el diagnóstico de *Apendicitis*.

CASOS CLÍNICOS CON WASSERMANN

PRESENTADOS POR EL

DR. SICILIA

Del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid.

Chancros y adenitis específicas.—Hace dos años tuvo los primeros. Adenitis voluminosas en ambas ingles hace quince días. Dolores de cabeza y piernas hace varios días, que desaparecieron; pequeño estado febril. Las adenitis aparecen sin lesión alguna visible y el enfermo no recuerda haber tenido ninguna en estos días.

Wassermann *positivo*. Inyecciones de leche esterilizada, Silber.

Sífilis. Período primario ó chancroso. Tiene dos chancros en lado supero-derecho del prepucio mucoso, pequeños en cañón de escopeta, erosivo-membranosos. Mínimas adenitis. Recidiva de lesiones *in situ* y después de otras de tipo herpetoide.

Wassermann *positivo*, conservándolo á pesar de bastante tratamiento, completando sífilis de cuatro años, con lesiones mucosas y artralgias. Es delgado, rubio, siendo frecuente en estos organismos la penetración del virus á gran profundidad, generando aquí do-

lores en las articulaciones y descamaciones en la lengua.

R. Wassermann *positivo*. Las inyecciones dan mucho picor y escozor en manos por la vasodilatación acentuada que se produce en estos tegumentos y parénquimas.

Sífilis. Período secundario. Sífilides vulvares en placas ulceradas. Son lesiones en tan gran número que invaden totalmente los labios, cara interna de hendidura vulvar, reuniéndose por grupos y deformándose por los contactos y frotos recíprocos. Muy ulceradas con gruesa membrana de maceración irregularmente desprendida y sobre todo más hacia horquilla. Placas labio inferior, zona mucosa. Exantema maculoso. Decaimiento general. El chancro fué en la horquilla. Se trata por Silber.

Análisis Wassermann *negativo* después de más de doce inyecciones salvarán plata.

Leucoplasias linguales difusas. Ulceración dorsal de lengua. Congestivo, grueso y con piel y mucosas predisuestas, tiene un estado surcado con transformación leucoqueratósica que llega á formar placas espesas en los bordes y cara sublingual, principalmente del lado izquierdo, cambiando hacia piel con mayor sequedad, dureza y menor flexibilidad la mucosa invadida. La úlcera ocupa la cara dorsal parte antero-externa, siendo ovalada anteroposterior plana, lisa, de un rojizo muy pálido, de poca profundidad y borde bien unido ligeramente levantado en su mitad interna, pareciendo medalla de mediano tamaño ligeramente como barnizada peliculada. Las reacciones serológicas son *positivas* en bastante grado á corta separación.

Chancros herpetoides alineados específicos. Están en lado derecho del glande poco separados unos de otros, de diámetro limitado que no pasa límite de lentejina, excavaditos capaces para perdigones, fondo blanquecino, los cuales cierran por un tratamiento suave, pero reproducen, particularidad que tienen todas las lesiones sífilíticas aun las de pequeño tamaño. Análisis, *negativo* Wassermann y dos de exudado.

Neurosífilis de origen conyugal con reacciones negativas. En mujer gruesa de aspecto matronil, pasiva, tórpida, á los pocos días de contraer matrimonio notó en ambas ingles bultos, escozor en órganos genitales con panzada, disminución de fuerzas, no pudiendo asir con fuerza ningún objeto que se le caía de la mano, grandes dolores de cabeza. Dentro del primer año notó que al introducir las manos en agua le aparecían manchas, particularidad de importancia ya que indica no sólo la viva reactividad vascular que produce el treponema por su actuación y preferencia sobre esta vía, sino la predisposición que crea para localizaciones nerviosas los trastornos vaso-motrices. Desde hace cinco años ha tenido manchas por todo el cuerpo que desaparecían á los pocos días. A los tres años de casada seis inyecciones que no puede precisar. Al año de éstas, otra serie de seis intramusculares, y en el año actual doce inyecciones hipodérmicas. Las de neo han sido varias y quitaron manchas y dolores.

Análisis de suero sanguíneo: R. Wassermann, *negativa*.

Análisis de líquido céfalorraquídeo: Reacciones de Wassermann-Nonne-Appelt-Noguchi-Lange, resultado *negativo*.

Investigación de glóbulos y de albúmina—sólo uno por campo,—*negativo*.

Reacción Landau en sangre y líquido cefalorraquídeo. *Negativa* la primera, ligeramente la segunda.

Eczema prurigoide follicular. Agrupación de elementos en sitios de extensión sobre piernas donde ocupa extensión marcada, sobre todo en la izquierda con mucha irregularidad. La localización en dorso de muñeca izquierda es más típica con placa más pequeña donde se ven los elementos costriculares ocupando los embudos folliculares ó partes externas de los conductos glandulares, siendo más homogéneos y finos, algunos por los traumatismos consecutivos son más gruesos y costrosos, negruzcos en piernas. La *interpretación* en este caso es: primero, el rozamiento continuo y calor que determina con aumento de secreciones congestiona estas pieles secas en los sitios donde están sobre huesos salientes que aumentan los efectos, como ocurre por ligas, muñequeras, leguis, produciéndose picor, ubi irritatio, ubi affluxus, acuden á rascarse y erosionan los puntos más vulnerables por sus depresiones y por los que salen pelos, sobre todo en los muy velludos ó pilosos, en los cuales las infecciones y lesiones engendradas suelen ser marcadas, llegando á hacer sangrar el reborde periglandular que forma la boquita inoculándose los gérmenes que llevan las uñas ó los que residen en la piel determinan la infección, la porofoliculitis con pustulitas que dejan costrículas cada vez más oscuras, no sólo por las transformaciones sucesivas á todo exudado á medida que se concreta, sino por la mezcla de sangre que suelen conllevar, quedando al caerse depresiones brillantes.

TESIS DOCTORAL (1)

El paludismo en el ejército y su importancia social

POR EL

DR. FRANCISCO BLÁZQUEZ BORES

(Capitán médico.)

La coincidencia de las fiebres tifoideas con las palúdicas ya la había hecho notar Frisen en Túnez, por el año 1866, en su «Rev. men. de médecine militaire», y agregaba «que no solamente la intoxicación pantanosa ó palúdica no ha demostrado ninguna acción preservativa de la fiebre tifoidea, sino que agrava la enfermedad y la complica de una manera peligrosa».

El Dr. Walter, médico del ejército expedicionario en Salónica, ha llamado la atención sobre una fiebre que él llama virulenta, de duración irregular, con postración y delirio muy marcados, y que arroja un coeficiente elevado de mortalidad, y considera esa enfermedad como un tipo mixto entre la malaria y la fiebre tifoidea. Los parásitos de la malaria se encuentran en la sangre, y las placas de Peyero pueden inflamarse y hasta ulcerarse, y no responden al tratamiento por la quinina. Basset Smith hace observar á este propósito, que las fiebres palúdicas de Salónica son debidas

(1) Véase el número anterior.

al tipo pernicioso del parásito, con síntomas graves de disentería, rebeldes al tratamiento sólo por quinina, por lo que cree que son asociaciones del Laverania malarie con gérmenes tíficos.

También casos análogos refiere el Dr. Valtehofer, de los Balkanes, encontrando complicaciones disenteriformes, en palúdicos que morían con el cuadro de la fiebre tifoidea.

Otra enfermedad que se nos ofreció en nuestros ataques de Malaliem, y sin temor á equivocarnos podemos reputarla como derivaciones de casos de paludismo intenso y rebelde, es la tuberculosis. No podemos negar que ésta es siempre amenaza de los soldados en campaña, que no pueden subvenir á las exigencias orgánicas de una vida penosa y extenuante; pero en los casos que fueron objeto de nuestra observación, en el curso de la infección malarica con sus crisis de mejoría y sus recaídas, rebeldes á todo tratamiento, se iniciaban manifestaciones pulmonares de vértice, en ciertos casos tan agudas y rápidas, que apenas daba tiempo para la tramitación del expediente de inutilidad que los reglamentos ordenaban. Boudin también pensaba que la tisis pulmonar era muy rara en las localidades palúdicas, y análogamente Mitchell y Broussais, marcando su rareza en las zonas malaricas de Argelia; Haple en Bresse y Dubone en Pau. Pero contra ello están las observaciones de Dutroulan señalando la frecuencia y la gravedad de la tisis en las Antillas; las de Laure en la Guyane, que dice no hay enfermedad más frecuente que la tuberculosis dentro de la población palúdica.

En nosotros abundamos en esta misma opinión, y si pudiéramos ofrecer el número de los tuberculizados del batallón, se daría una cifra respetable, y hay que imputar la acción invasora á lo fácil que hallan el terreno en los palúdicos, para el desenvolvimiento bacilar. Y no podemos hacer un cálculo de los tuberculizados palúdicos, porque muchas veces se iniciaba el proceso lentamente en el curso de una convalecencia; otras veces la apreciación de los primeros síntomas acaecía en individuos hospitalizados, cuyos expedientes tramitaban otros médicos militares que seguían su asistencia en las clínicas; y otras serían en la Península, disfrutando de las licencias, cuando buscando la salud se tuberculizarían y sólo se sabía ya de ellos por la llegada del parte de defunción.

TRATAMIENTO

La cuestión del tratamiento palúdico no ha de detenerme mucho, por ser lo referente á su profilaxis lo que haré con mayor extensión, y que el paludismo tiene un tratamiento clásico, se puede decir específico, y sobre lo sancionado poco cabe agregar que ofrezca novedad. Es una de esas enfermedades contra las que lucha el médico con buenas armas, gracias á la acción de las sales de quinina, cuya eficacia terapéutica es reconocida y proclamada universalmente, casi desde que en el siglo XVII se introdujo en Europa la corteza de quina, y sobre todo, desde el descubrimiento del alcaloide esencial en 1820 por Pelletier y Caventou, que aunque entonces se empleaban, sin explicarse la razón científica, se puede decir que se propinaban con éxito en todas las fiebres de carácter intermitente.

Y nosotros, si ya la experiencia no lo hubiera sancionado, habríamos de decir aquí, que gracias á las sales de quinina pudimos hacer frente á la intensidad epidémica de Malaliem.

En los primeros días y en los primeros ataques, dábamos, pasado el estado febril, y ya lo repetíamos seis días más, un gramo diario fraccionado en tres veces. Pese á la eficacia proclamada, no la estimé yo así, pues ó era débil la

sal, por efecto sin duda de la carestía y dificultades de obtención que la guerra originó, y con el aumento de mayor dosis me exponía á acarrear á los enfermos trastornos gástricos, inherentes á la ingestión química, ya insinuados, lo que me hizo pensar en la sustitución de la vía gástrica; ó bien por recaer en enfermos que llevaban largo tiempo sometidos como medida preventiva á las tomas de quinina y mostraban su intolerancia á la mayor dosis.

Y puedo decir que hallé el verdadero remedio con la adquisición de las ampollas de 2 cm.³ de clorhidrato de quinina para inyección intravenosa ó hipodérmica. Y fueron de tanta eficacia frente al estado epidémico, que gracias á ellas se conjuró en mucho la enfermedad.

Las dificultades mayores que se ofrecieron fueron de orden económico y de adquisición de medicamentos, pues no estaban los Cuerpos capacitados para hacer gastos en la proporción que se exigía, y aunque oficiosamente se les concedió más amplitud por la Superioridad, dada la excepcional situación sanitaria, luego se presentaron las trabas que provenían de la escasez de medicamentos para subvenir á tanta demanda, lo mismo en el Laboratorio Central que en otros mercados, por el acaparamiento y consumo que con la guerra europea se hacía por los beligerantes. Ello nos entorpeció de hacer las aplicaciones con toda la amplitud que estimábamos indicada, obligando muchas veces á restricciones; pero así y todo, fué la mejor arma con que defendimos la salud del batallón.

Y á todo individuo que caía afecto de paludismo, en el momento mismo de iniciarse el ataque, le aplicábamos una inyección intravenosa ó hipodérmica de clorhidrato de quinina, que nuevamente repetíamos á la terminación de aquél; otra al día siguiente; y de esa forma veíamos abortar el cuadro febril terciano que se esbozaba, bastando en muchos casos cuatro inyecciones tan sólo para su extinción.

Alentados por esos éxitos, y dentro de lo que permitían los recursos, dispusimos, cuando en fines de Junio nos llegaron las inyecciones, como medida general, una primera inyección á todo individuo en el momento de iniciarse el ataque, seguida de otras dos en la forma reseñada, dejando reducida la administración por vía gástrica para los exentos aún de la enfermedad, y para la confirmación curativa en los infectados, que según la mayor ó menor intensidad con que sufrieran la enfermedad, así variaba entre un gramo diario y medio gramo.

En muchos casos de intensidad febril y resistencia al descenso, sólo acudiendo á la inyección intravenosa, manera más rápida de llevar á la sangre el medicamento, se yugulaba la fiebre.

La administración por la boca, ya hemos dicho que provocaba muy frecuentemente síntomas de gastritis aguda con vómitos y accidentes molestos, lo que impedía muchas veces de propinar la cantidad que estimáramos indicada, pues ese embarazo gástrico, ya de por sí acentuado en los procesos palúdicos subtropicales, si sólo con un gramo aparecía, coartaba para sobrepasarlo sin riesgo y sin grandes molestias gástricas cuando, como en las perniciosas, hubieron de necesitarse dos ó tres gramos.

No es que las inyecciones, como veremos, estén exentas de inconvenientes, sino que, siendo menores, compensan por la más activa terapéutica que despliegan. Y que la quinina en sí no deja de tener sus inconvenientes, lo prueba el hecho de tantos ensayos llevados á cabo para reemplazarla; pero siempre se ha acabado por reconocer que ningún otro medicamento puede surtir su eficacia.

Una primera contra ofrecen las inyecciones, y es que son muy dolorosas; pero los argumentos en que se apoyan mu-

chos médicos para hacer la crítica y rechazarlas, no está sólo en el dolor, con ser de por sí una razón estimable, sino en las nudosidades persistentes, seguidas á menudo de abscesos, que ofrecen las hipodérmicas. A pesar de los progresos realizados en la preparación de las sales de quinina, y á pesar de todas las precauciones asépticas con que se lleva á cabo la técnica, se ofrecen esos abscesos muy frecuentemente, y con tan intensos caracteres eschariformes y gangrenosos, que bastarían sólo para rechazar dicho tratamiento, si al tratamiento gástrico con toda su poca eficacia no se uniera el cuadro de la gastritis, poco propicio para la sobrealimentación que tanto necesitan los palúdicos.

Nosotros iniciamos el tratamiento por inyecciones, aplicándolas hipodérmicamente en el brazo, pero á la vista de las reacciones inflamatorias, tan dolorosas y pertinaces que embargaban é inutilizaban temporalmente el miembro objeto de la inyección, nos trasladamos á las masas glúteas, donde con agujas largas hacíamos intramuscularmente el depósito medicamentoso, y también se daban inflamaciones, aunque disminuyó el número de abscesos y el dolor no era tan fuerte; pero al fin nos decidimos sólo por las intravenosas.

Porque no era cosa despreciable el carácter con que se ofrecían muchos abscesos, que si clínicamente no presentaban cuadro de gravedad en el estado general, eran, sin embargo, de consideración el dolor y la quemadura cáustica, que disminuían, claro es, con la evolución de las lesiones necrobióticas, que en muchos casos se ofrecieron con caracteres intensos de necrosis y gangrena, que invadían primero el tejido celular subcutáneo, después la aponeurosis y por fin los planos musculares, ofreciendo bajo un fondo purulento el esfacelo de todos esos tejidos. Y se dieron algunos abscesos necróticos cuyo diámetro pasaría del de una moneda, y con más de cuatro centímetros de fondo. Bien es verdad que el dolor iba desapareciendo á medida que las escharas se formaban, pero su importancia no se podía despreciar.

Nosotros empleamos para su curación un tratamiento bien sencillo, á base de fomentos muy calientes en el período de incubación para aliviar el dolor y favorecer la evolución ulterior, y ya en el período de esfacelo, la limpieza y extracción de tejidos necrosados y la aplicación bien del agua oxigenada, bien de permanganato potásico al 1 por 1.000, que siempre tuvo nuestra preferencia como antiséptico: Los abscesos que se reblandecían los incidíamos ampliamente, y ya con las aplicaciones antisépticas débiles, se iniciaba la cicatrización de fondo, siempre muy penosa por la necesidad eliminadora de tanto esfacelo, en un terreno palúdico, pobre, por lo tanto, en virtudes cicatrizantes.

Pero al tratamiento en sí no hay tampoco que atribuir las desagradables contingencias que anteceden, pues quizá de cada 100 inyecciones, en cinco sobrevendrían abscesos. Y tengo por experimentado que buena parte en la génesis de esos abscesos cabía achacarla á la imperfecta preparación de las ampollas, ó bien fuera debido á las alteraciones que pudieran sufrir por el calor. Desde luego observé que no todas las ampollas guardaban la solución química en la misma proporción de densidad, y mientras unas se ofrecían límpidas, de tinte ligeramente amarillento, otras eran de tono más oscuro, más siruposas y con precipitaciones de la sal en las paredes de las ampollas.

Y cabe pensar que en la obturación no presidiera aquella garantía que la pusiera á salvo de la acción atmosférica, lo que acarrearía la precipitación. Hicimos contraste con otras ampollas de otra marca en que aparecía la solución más diluida, y, con efecto, aminoramos mucho los desagradables efectos que dejamos reseñados.

En los enfermos que, á la presencia de la enfermedad, les sometíamos á las tres consabidas inyecciones, yugulándoles la fiebre, repetíamos la serie cada quince días, por espacio de tres etapas, si algún absceso intercurrente no nos reclamaba tratamiento también intercurrente.

Y como coadyuvantes de la quinina dábamos unas gotas á base de licor arsenical y albuminato de hierro, para combatir la anemia y desórdenes sanguíneos provocados por la enfermedad. Esa medicación arsenical-ferruginosa, sostenida durante largo tiempo y á cortas dosis para no provocar trastornos gastrointestinales, nos pareció eficaz para la curación, y aunque la quinina sea específica, le prestan muy buena ayuda el hierro y el arsénico.

El año 1916, el profesor Letulle presentó una comunicación á la Academia de Medicina de París recomendando las inyecciones intravenosas de quinina coloidal, inyectando cada vez de 2 $\frac{1}{2}$ á 5 miligramos, en las horas que preceden al acceso; á la inyección (que se repetía cuatro días seguidos) seguía una reacción de síntomas muy variados: frío intenso, elevación térmica, vómitos, cefalalgia y sueño profundo; aunque no se observaron accidentes serios, los resultados eran tanto más marcados según la intensidad de la reacción.

Ese tratamiento fué experimentado durante dos años en la Isla de la Reunión y por los médicos militares franceses Le Sinner y Manes, en Madagascar, y por Roux, encargado en dicha isla de la asistencia indígena, con muy buenos resultados.

El entusiasmo con que hablan de él nos hubiera llevado á imitarlos, si hubiéramos logrado el medicamento, en nuestros días de Malaliem. Wetter y Gilhem refieren 200 casos tratados en Marrakes con dosis cotidianas de 3 gramos de quinina, ayudada del arsénico y cloruro de calcio, con excelente resultado.

Adam Patrich preconiza las inyecciones intravenosas de biclorhidrato de quinina y de tartrato de antimonio, con que trató en Malta, el año 1917, los palúdicos evacuados del Ejército de Oriente.

El Dr. Domenico expone sus observaciones, muy interesantes, sobre el tratamiento por las inyecciones intravenosas de quinina, efectuadas en enfermos de marcha típica: escalofrío inicial, elevación térmica, descenso y transpiración abundante, en ciclos cotidianos, terciarios ó dobles, y hace constar que en las formas matéricas recientes curan con una sola inyección intravenosa, aunque sean fiebres elevadas, y que en las formas inveteradas, que son más difíciles de combatir, hay que repetir la inyección, igual que en las formas acíclicas.

Nuestro tratamiento de elección fué el intravenoso, siguiendo el procedimiento de Bacelli, haciendo isotónicas las soluciones de clorhidrato de quinina por el cloruro de sodio.

PROFILAXIS PALÚDICA

La profilaxis palúdica es el asunto capital de esta tesis. Ante el peligro que yo vi en Malaliem cuando en primeros de Junio del año 1917 se iniciaba la epidemia, todos mis esfuerzos se encaminaron á buscar aquellas medidas que pusieran al abrigo del mal; que lo previnieran, ó lo amortiguaran, ó lo destruyeran, si posible fuere.

Con la higiene se ahorra la terapéutica, y son más eficaces sus resultados en el beneficio de la salud. Y considerando nosotros que la previsión debe ser la norma en cuestiones sanitarias, yo quise, ante la epidemia reseñada en este trabajo, ir delante de ella, ya que bien claros se ofrecían y bien alarmantes los síntomas precursores, apenas llegado al campamento insano. Pero la misión del médico es sólo in-

formativa y pericial, y sobre las razones sanitarias que yo invocara á la vista de la densidad anofelina, y habidas las condiciones óptimas de calor, humedad, encharcamientos y casos de enfermos típicos, había otras de orden castrense que obligaban á sostener en aquel sitio el campamento.

Ante el desastre sanitario de Malaliem, que había que aceptarlo, dadas las exigencias militares del protectorado, como un hecho fatal, no cabía otro camino, siguiendo el de nuestro deber, que, junto á la acción terapéutica intensa que dejamos reseñada y á las medidas profilácticas que la experiencia aconsejaban, ejercer una campaña permanente, reiterando en los informes la posibilidad manifiesta de atajar la epidemia y de prevenirla en futuras ocasiones. Y no bastaban allí ni la acción constante del médico, ni el celo de los jefes, ni la buena disposición de los soldados; se requerían más amplias medidas de saneamiento, de lucha antianofelina, de defensas individuales; el aislamiento de enfermos ya inoculados; de traslado del campamento; de una acción, en suma, costosa y bien dirigida.

No fué en nuestro caso lo más sensible la explosión epidémica del año 1917, que nos tuvo á casi todo el batallón sufriendo las secuelas palúdicas que obligaban á una acción terapéutica permanente, restando las mejores energías para su cometido militar y exigiendo gastos extraordinarios para tanto invadido, sino que iban degenerando físicamente por la pertinacia de las recaídas, tan nocivas para el índice de salud individual; las esplenomegalias permanentes que los invalidaban, sin contar las degeneraciones en tuberculosis, los anémico-perniciosos, y toda esa pléyade de enfermos de la sangre de tipo leucémico, que tan mal se corrigen. Pero sobre eso había otro problema que importaba precisar y atender, y era la irrupción en licenciamientos en la Península de todos esos enfermos, fáciles para la propagación malarica, inaptos para el trabajo, débiles y enfermizos para la procreación, disminuyendo el índice de vigor de la raza ya por sí muy mermado, que nos tiene á ese nivel de inferioridad, con relación á otros países donde los problemas de la sanidad y la higiene son acogidos con más calor y más interés.

Al año siguiente también, en el verano de 1918, fuimos destacados á Malaliem. De un año á otro, los enfermos palúdicos, á pesar de toda la intensidad terapéutica que desplegamus, habían subsistido con sus curvas de alza y baja.

Para dar una idea lo más exacta posible de la proporción de enfermos palúdicos y gastos que se originaron sólo en el batallón, hospitalizados y fallecidos, trasladamos el siguiente cuadro:

Años.	EFECTIVO: 890 HOMBRES			GASTOS EN	
	Enfermos palúdicos.	Pasaron al Hospital.	Fallecieron.	Quinina. — Pesetas.	Ración extraordinaria. — Pesetas.
1914..	172	120	10		
1915..	200	150	18		
1916..	286	200	32	2.902	20.619
1917..	680	490	54	4.190	23.398
1918..	650	400	87	2.924	22.619

No es extraño el gasto en quinina, teniendo en cuenta lo que consumirían los 800 hombres, tanto en profilaxis como en tratamiento. Como se ve en el cuadro, el incremento de enfermería aparece con exceso en el año de 1917, que supera en más de 200 enfermos al año anterior, y con un índice de mortalidad casi del doble, mortalidad que aún fué doblada el año de 1918, á pesar de que el número de palúdicos

tuvo una pequeña baja; pero hay que tener en cuenta que todos los tarados de tuberculosis, y los que se infectaron en el año 17 y sufrieron las recidivas febriles, y sobre todo los reinfectados, eran terreno de mínima resistencia para sobreponerse á la enfermedad, y esos pagaban con la vida su tributo á los descuidos sanitarios.

Es decir, que el tipo medio de mortalidad por paludismo, que venía siendo en la Península del 5 al 10 por 1.000, se había elevado en Africa á la enorme progresión del 50, y aún más, en el año 18.

Los datos de 1912, por ejemplo, daban 2.460 fallecidos en 228.500 palúdicos en toda la Península, proporción casi insignificante si se compara con la de Africa. Y aun en nuestro ejército de Marruecos resulta muy superior la mortalidad en los años reseñados á los del ejército italiano, pues en Italia, de 189.848 hombres, en el año 1901 se dió un 49 por 1.000 de atacados, y en el nuestro fué en los años 17 y 18 muy cerca del 60 por 1.000. Pero en el ejército italiano, del año 1901, que arrojaba esa morbilidad del 49 por 1.000, fué, en virtud de las medidas profilácticas adoptadas, descendiendo paulatinamente y en proporción estimable, como revela el adjunto cuadro:

AÑOS	Número de soldados.	Atacados de paludismo.
1901	189.848	49,90 por 1.000
1902	199.253	36,40 —
1903	206.468	24,14 —
1904	210.630	19,20 —
1905	204.750	23 —
1906	211.720	18,50 —
1907	202.320	12,45 —
1908	216.680	8,10 —

Proporción insignificante si se compara con la de nuestro ejército, que en los datos que conservamos de esos dos años arrojan la siguiente morbilidad:

Zonas.	Número de soldados.	Atacados de paludismo.
Ceuta	23.491	5.944
Melilla	23.196	2.605
Larache	12.485	2.525

Y en el año 18, que de 23.000 hombres de fuerza en revista en el territorio de Ceuta Tetuán, hubo 6.692 enfermos; es decir, en toda la zona oscitó alrededor de un 30 por 1.000 y desde luego en incremento por año, á la inversa de la estadística del ejército italiano; y alcanzando en el sector de Malaliem quizá el máximo de mortalidad conocida en las tropas en campaña. Y desde luego, si se comparan las estadísticas de los ejércitos francés en Argelia, é italiano en Tripolitania, sorprende su poca mortalidad, comparada á la nuestra de los años reseñados, a pesar de la intensidad endémica.

En el ejército francés la morbilidad fluctúa de 100 á 200 por 1.000, con una mortalidad del 1 al 2 por 1.000. Desde el mes de Septiembre del año 1879 al de Junio de 1883, Laverán recibió en su servicio del Hospital Militar de Constantina 1.310 enfermos de paludismo, en los que sólo ocurrieron 6 defunciones, es decir, el 0,45 por 100. La guarnición de Bona, durante los meses de Junio á Septiembre, en 1883, de 5.500 hombres tuvo 4.097 entradas de Hospital y 830 defunciones, en su mayoría por paludismo.

El año 85, durante la expedición á Madagascar tuvo el ejército francés 6.000 bajas, casi todas por paludismo, es decir, casi la cuarta parte de los efectivos enviados.

Claro es que la gravedad de la infección varía según los países y las circunstancias, pues puede complicarse tomando formas perniciosas que conducen á la caquexia, y adquirir una gravedad sólo comparable á la de las enfermedades más mortíferas.

Toda localidad puede aumentar ó disminuir la gravedad de la endemia, según las condiciones, y las limitaciones impuestas por la profilaxis.

Dicen Fernández Martos y Jurado en su trabajo sobre el paludismo en Melilla, de la variación en sentido favorable que desde el año 1904 ha tenido la enfermedad.

(Se continuará.)

Bibliografía.

PRÉCIS DE PARASITOLOGIE HUMAINE, por M. Neveu-Lemaire (5.ª edición, revisada, con 313 figuras y 446 páginas, 1921).

El profesor Neveu-Lemaire es bien conocido por todos los que se interesan por las cuestiones de Parasitología. Las anteriores ediciones de su *Précis de Parasitologie humaine*, alguna de ellas traducida al castellano, han sido muy estimadas y solicitadas por los estudiantes españoles, debido sin duda á su claridad y concisión, que permiten á los deseosos de ello, conocer los asuntos relacionados con las afecciones parasitarias humanas, con poco esfuerzo y de un modo agradable.

El propósito de Neveu-Lemaire al escribir este *Compendio*, ha sido condensar los hechos cuyo conocimiento sea de mayor utilidad, aun en los artículos principales, limitándose á desarrollarlos con una extensión relacionada con la importancia del parásito estudiado. Por otra parte, en esta nueva edición del libro de Neveu-Lemaire encontrará el lector que se dedica un capítulo á las bacterias, queriendo demostrar el autor que estos seres son parásitos lo mismo que los hongos de las tífias ó que los protozoos.

Sin embargo, se limita á precisar el lugar que estos organismos deben ocupar en la clasificación y á enumerar las principales especies, con sus caracteres esenciales y su papel patógeno, sin ocuparse de las cuestiones de técnica, de coloración ó de cultivo, que naturalmente tienen su lugar adecuado en todos los tratados especiales de Bacteriología.

Los adelantos de la parasitología en estos últimos años han hecho preciso modificar algunos asuntos y desde este punto de vista la 5.ª edición del *Précis de Parasitologie Humaine* de Neveu-Lemaire, puede calificarse como una obra nueva; así encontramos en ella la transformación que han experimentado nuestros conocimientos relativos al desarrollo y á las emigraciones de los helmintos; del mismo modo, los protozoarios y hongos patógenos, hasta hace poco tiempo desconocidos y por tanto no descritos todavía en ningún tratado clásico de Parasitología, están descritos en este libro.

El Dr. Neveu-Lemaire es actualmente profesor agregado de las Facultades de Medicina y jefe de los trabajos de Parasitología de la Facultad de Medicina de París. Discípulo del profesor Blanchard, completó su educación parasitológica en la Escuela de Medicina tropical de Liverpool; su labor y la del profesor Brumpt han contribuido en mucho á que en la adquisición de los modernos conocimientos de Parasitología, continúe la escuela francesa en el mismo elevado nivel que alcanzó con sus antecesores.

E. LUENGO.

Periódicos médicos.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La encefalitis letárgica (anatomía y fisiología patológicas; patología experimental, microbiología), por el Dr. J. Lhermitte.**—Este artículo forma parte de la conferencia que el autor dió en Noviembre de 1921, en la Sociedad de Oftalmología de París.

Con respecto á la *anatomía patológica*, dice que lo que más llama la atención á primera vista, es el estado congestivo del encéfalo, pero que las lesiones características asientan en el *mesocéfalo* y consisten en acúmulos de placas rojas, hemorrágicas, en el espesor de la substancia nerviosa, con predominio en el acueducto de Silvio. Con el microscopio se observan en los cortes *infiltraciones perivasculares*, formadas de linfocitos, leucocitos polinucleares, células con granulaciones de cromatina (poliblastos) y de cuerpos grasos y hematíes extravasados; *focos infecciosos independientes de los vasos*, constituidos por los mismos elementos que forman las infiltraciones perivasculares y además, células de neuroglia, de tipo amiboide y *la neurofagia*, que consiste en un proceso de destrucción completa de la célula nerviosa, que es disgregada y digerida (fagocitosis) por las células mencionadas que poseen esta propiedad (poliblastos, polinucleares y células amiboides de neuroglia).

La *fisiología patológica* es consecuencia lógica del asiento de las lesiones, observándose trastornos de la *motilidad ocular*, dependientes especialmente del 3.º y 6.º pares craneales (lesiones del pedículo y protuberancia); trastornos de los *movimientos asociados de la visión binocular*, tales como convergencia y oculo-giros (lesiones de centros supranucleares); de los movimientos de la cara (parálisis facial); hipersonnia (lesión de mesocéfalo, aun no bien localizada) y parálisis de los miembros en forma de hemiplejía, monoplejía, ataxia, temblor, etc., etc. (por lesión de los haces piramidales, del núcleo rojo de *Stilling*, excitación de la vía piramidal, en vez de destrucción, etc., etc.).

Y por último, en relación con la *microbiología y patología experimentales*, el autor cita las conclusiones de Wiesnér, según las cuales, el virus de la encefalitis letárgica pertenece á la categoría de los virus no filtrantes y cuya característica es ser eminentemente hemorrágico, habiendo encontrado un diplococo, Gram positivo, en el encéfalo de enfermos muertos de esta afección; así como las de Hardier y Levaditi, que creen se trata de un virus filtrante, análogo al de la poliomiélitis aguda. (De *Archives d'Ophthalmologie*, Enero de 1921)—M. MARÍN.

2. **Catarata negra, por el profesor Rollet y el Dr. Busy.**—Es un acabado estudio que abarca todas las cuestiones referentes á esta singular variedad de catarata, de la que el profesor Rollet tiene una gran experiencia personal, puesto que ha observado 23 casos en su práctica.

Citan primeramente un caso personal muy demostrativo operado cada ojo por oculista diferente, con diez años de intervalo, habiendo sido funesto el resultado obtenido en ambos ojos; hecho que, unido á múltiples investigaciones de laboratorio de uno de estos cristalinos (mas otros dos de cataratas negras) y al reposado estudio de la casuística, ha motivado la publicación de este trabajo y les ha llevado á formular la concepción sobre la formación de la catarata negra, perfectamente basada en hechos ya comprobados.

Con relación á la *historia* recaba para Maitre-Jan la prioridad del descubrimiento, en vez de Wenzel, que la observó muchos años años después.

En la *descripción* de la afección, se ocupa sucesivamente de la frecuencia, llegando á la misma proporción que nuestro ilustre compatriota el Dr. Castresana (4 por 1.000); de la fecha de aparición (después de los setenta años); de la frecuencia de complicaciones (miopía fuerte, retinitis, atrofia óptica, etc.); de la lentitud en la evolución (el autor hace referencia al que publica, y el Dr. Castresana, como coincidencia en la fecha, diez años); de la falta del reflejo gris perla propio de la catarata típica; de la conveniencia de practicar una incisión corneal grande para que la lente (más grande que de ordinario) salga con facilidad, y de la mayor gravedad del pronóstico de esta variedad de catarata.

Los análisis histológicos practicados por los autores, les han dado resultados en un todo concordantes con los obtenidos por Mlle. Tonfesco y Cirincicne: núcleo tan voluminoso que ocupa todo el cristalino, de consistencia dura, compuesta de fibras dentelladas y sin núcleo en todo su espesor y sin señales de destrucción y ausencia completa de vacuolas y de fisuras en su espesor. El análisis químico les ha mostrado indicios de hierro y la presencia de tirosina.

Con respecto á la *patogenia*, los autores recuerdan todas las teorías propuestas para explicarla, que reducen á seis: 1.ª, relación con la pigmentación general del individuo (que desechan en absoluto); 2.ª, el color lo tomaría el cristalino del pigmento de la uvea, cuya vecindad está tan cercana (le hacen la misma objeción que á la anterior); 3.ª, la coloración sería debida á la presencia del manganeso (no lo han encontrado los autores); 4.ª, la hacen depender del hierro (los autores lo han encontrado en sus investigaciones, si bien en pequeñísimas proporciones); 5.ª, el tinte negruzco del cristalino dependería del estado físico de las fibras del cristalino, existiendo una relación entre la dureza de éste y su coloración (tampoco es aceptada por los autores), y 6.ª, la coloración sería debida á la presencia de tirosina oxidada (aceptada por los autores que la han encontrado en sus análisis como la mayor parte de los autores modernos que se han ocupado de esta cuestión, entre ellos Gatti y Castresana).

La concepción de los autores es la siguiente: *la catarata negra es el final de toda una serie de cataratas seniles que comienza en las lechosas y termina en ella y que se presenta en los sujetos muy viejos, que evoluciona con mucha lentitud, que ofrece un pronóstico reservado, tanto operatorio como visual, que las fibras que la constituyen son todas dentelladas y cuya coloración es debida á la presencia de tirosina oxidada.* (De *Archives d'Ophthalmologie*, Febrero 1921).—M. MARÍN.

3. **Dientes supernumerarios desarrollados en la órbita, por el profesor de Lapersonne y doctores Velter y Prelat.**—Interesante trabajo ilustrado de dos radiografías en extremo demostrativas, referente á un caso de este género, único al parecer en la literatura oftalmológica y en el cual el diagnóstico pudo hacerse gracias á la radioscopia.

Se trata de una joven que consulta en el Hotel-Dieu por una exoftalmía de su ojo derecho con trastornos de visión, datando ambos síntomas desde la infancia y en la que todas las exploraciones resultaron negativas, excepción hecha de la practicada con los rayos X, que denunció la presencia en la parte profunda de la órbita de una docena, aproximadamente, de dientes que parecen haber llegado á su completo desarrollo.

Con respecto á la *patogenia*, los autores hacen depender estos dientes del desarrollo progresivo y ascendente á través de la hendidura esfenomaxilar, de una lámina epitelial que tomó nacimiento en la porción más posterior del mamelón maxilar superior del mismo lado. (De *Archives d'Ophthalmologie*, Marzo de 1921).—M. MARÍN.

4. **El comienzo del tracoma crónico, por el profesor**

D. Michail (Roumania).—En este trabajo comienza el autor por presentar y ensalzar un pequeño y sencillo aparato, inventado por el Dr. Vereanu, que consiste en una especie de gancho terminado en una laminita de las dimensiones y forma del tarso, con el que dice se vuelve perfectamente el párpado superior, poniéndose al descubierto todo el fondo de saco.

Después se ocupa sucesivamente:

1.º *De la imagen clínica del tracoma crónico al comienzo.*—Dice que el tracoma comienza simultáneamente por el fondo de saco superior é inferior, de donde se extiende progresivamente y los folículos se disponen en formas de dos semi-círculos concéntricos (uno excéntrico siguiendo las glándulas lagrimales accesorias de Krause, y otro concéntrico, las acinotarsales), tanto en un fondo de saco como en el otro, existiendo una relación estrecha entre la situación de los folículos tracomatosos en el comienzo y la de las glándulas de la conjuntiva.

2.º *La evolución y el pronóstico del tracoma crónico al comienzo.*—La fase del comienzo dice que dura cerca de seis meses (siendo muy raros los que terminan por la curación), pasando al estado de cronicidad y de complicaciones características.

3.º *La anatomía patológica del tracoma crónico al comienzo.*—En la secreción conjuntival ha encontrado: polinucleares neutrófilos, filamentos de fibrina y alguna célula epitelial. En los productos del raspado ha visto: linfocitos, algunos leucocitos, células epiteliales y células con granulaciones en su protoplasma. En el folículo granuloso ha comprobado: capa epitelial con grandes células vesiculosas, algunas hidrópicas y polinucleares; dermis con grandes alteraciones en la vecindad inmediata de las glándulas de la conjuntiva, cuyos canales excretores están tapizados por numerosas células de moco y rodeados, como igualmente las glándulas, de una rica infiltración linfocitaria en la que resaltan grandes células pálidas, irregulares, llenas de granulaciones, leucocitos, y donde va á parar gran número de capilares procedentes de las partes vecinas.

Según el autor, los glándulas lagrimales deben ser la puerta de entrada del virus tracomatoso, dada la especial predilección de las lesiones al comienzo por las mismas.

4.º *El tratamiento.*—Lo divide en médico y quirúrgico, dando la preferencia al primero al comienzo de la afección, á base de astrigentes, vasoconstrictores (adrenalina) y lavados antisépticos y utilizando el segundo en los casos restantes, dando la preferencia al raspado. (*De Archives d'Ophthalmologie*, Marzo de 1921).—M. MARÍN.

5. **Amaurosis posthemorrágica, por el Dr. F. Terrieu.**—Artículo fundado en dos observaciones de esta naturaleza: una, *post partum* y la otra, por trauma de guerra, y en el que el autor se ocupa de cuestión tan obscura como *la patogenia* de estos trastornos visuales, comenzando por indicar la poca frecuencia de la afección, consecutivamente á hemorragias de origen traumático; la fecha de aparición, que de ordinario es tardía (de tres á diez días en la mayor parte de los casos), el comenzar la atrofia de la papila por hiperemia de la misma y hasta por edema de la papila y el recaer la mayor estrechez del campo visual en [la mitad inferior.

Con estos datos formula su opinión, cual es: las lesiones radican en la periferia de la retina, que con motivo de la disminución de la presión arterial general y de la debilitación de las contracciones del corazón, llegaría mal la sangre á las menores ramificaciones del árbol circulatorio (retina en este caso); á lo que, además, contribuye la conservación de la presión intraocular (superior á la arterial) y la trasu-

dación vascular que infiltra los instencios de las fibras del nervio óptico (edema de la papila), dificultando á su vez la llegada de sangre á la retina y especialmente á su periferia, dada la manera especial de terminar las pequeñas arteriolas, sin anastomosarse; estando aún más dificultada la circulación en la parte superior, impotente para contrarrestar la acción de la gravedad.

El hecho de la enorme frecuencia de la amaurosis consecutiva á hemorragias de origen diséptico, el Dr. Terrieu le interpreta como de orden tóxico. (*De Archives d'Ophthalmologie*, Mayo de 1921).—M. MARÍN.

6. **Sobre el estudio de la reacción de Tournay, por los Dres. Chenet y Noyer (Rennes).**—Los autores, queriendo estudiar con todo detallé la anisocoria descubierta en 1917 por el Dr. Tournay en la mirada lateral, han realizado multitud de interesantes investigaciones en el hombre, tanto en estado normal como patológico, y bajo la influencia de los colirios, cuanto en los animales.

La reacción pupilar dada á conocer por Tournay, consistía en una midriasis del ojo en abducción y miosis del ojo en adducción en la mirada lateral.

Las interesantes exploraciones de los autores con el método fotográfico en los ojos normales (emétropes ó amétropes) les han llevado á la conclusión de que en la mirada lateral se dilata la pupila del ojo en ablucción (independientemente de la luz y de la acomodación) de una manera constante y de 0,4 á 0,5 milímetros, mientras que la miosis del ojo en adducción es insignificante é inconstante.

En los animales la han encontrado nula en el conejo y caballo, y positiva en el perro y gato.

En todas las afecciones generales la han encontrado normal, excepción hecha de la parálisis general, tabes y enfermedad de Parkinson, que ha sido nula; y en la epilepsia, donde la han encontrado exagerada.

Esta reacción es interpretada por los autores, no como un reflejo del iris, sino como un movimiento asociado. (*De Archives d'Ophthalmologie*, Junio de 1921).—M. MARÍN.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Oclusión del píloro y colédoco por bridas cicatriciales de una antigua colecistostomía.**—Los Dres. Osvaldo L. Bottaro y Alejandro L. Pawlosky publican la siguiente historia clínica:

Una señora uruguaya, de treinta y ocho años de edad, requiere los servicios médicos de uno de nosotros, en circunstancias en que padece de un ataque de sintomatología tan seria y grave, como difícil de definir, de una manera categórica, por lo menos en los primeros momentos.

Antes de referir su sintomatología diremos que la encuesta sobre sus antecedentes hereditarios ni colaterales tienen importancia alguna; no así los personales, que pueden conducirnos á presunciones sobre la causa real de su estado.

Efectivamente. Recogemos el dato de que su dolencia data de hace seis años, y que ella se caracteriza por ataques dolorosos á nivel del hígado y que se presentan en la siguiente forma: dolor intenso en la región hepática, temperatura y luego ictericia, todo lo cual dura una serie de días.

Estos ataques, con las mismas características, se repiten cada tres meses aproximadamente, y cediendo con tratamiento médico.

Domiciliada en Punta Arenas, Sur de Chile; hace un año y medio sufre un nuevo ataque, con los mismos caracteres clínicos, pero rebelde al tratamiento instituido, al punto de prolongarse los dolores y, sobre todo, de mantener su ictericia sin lograr su disminución apreciable.

En esa localidad es operada por unos médicos, y nos refiere, que la extrajeron un cálculo y le dejaron un tubo de drenaje, que desempeñó sus funciones por más de un mes, evacuando bilis hasta su prudente indicación de retiro y obtención del cierre de la fístula biliar.

Una bonanza de tres meses siguió á esta operación, pero luego, y con intervalo de dos meses, vuelve á tener ataques semejantes á los anteriores, lo que la decide viajar hasta Buenos Aires, adonde la sorprende el grave ataque que motiva esta comunicación.

Esto pasa el 19 de Agosto de 1920. El día 17 comienza su ataque con un fuerte dolor en el punto cístico y región epigástrica, irradiado hacia el dorso. Vómitos y sequedad marcada de la lengua y mucosas de la boca. Sed intensa. Temperatura 37°,5.

Creando á su ataque semejante á los anteriores, llama á uno de nosotros al tercer día en vista de la tenacidad de los síntomas. El diagnóstico de cólico hepático se impone, después de recoger los antecedentes que dejamos señalados y de apreciar el siguiente cuadro semiológico clínico.

Facies de sufrimiento agudo, conjuntivas pálidas. Encías blancoazuladas. Lengua saburral espesa. Pulso, 100, regular y ligeramente hipoténico. Temperatura 37°,5. Organos torácicos, etc., normales.

Su abdomen presenta defensa muscular en epigastrio, como así también tensión y defensa de hipocondrio derecho é izquierdo. Por debajo del ombligo se aprecia el contraste de resistencia, pues el vientre es flácido.

El sitio más doloroso corresponde al punto epigástrico. El punto cístico es menos sensible.

En la línea media del epigastrio, como á dos traveses de lo por encima del ombligo, se palpa una tumoración alargada, que duele mucho al presionarla y que se prolonga hacia arriba hasta perderse bajo el hígado.

Las presiones palpatorias del epigastrio provocan, de inmediato, náuseas y vómitos.

Presenta una cicatriz irregular (por segunda intención) tipo clásico de Kerhn.

Hígado grande y doloroso. Constipación. Ansas muy meteorizadas.

En estas condiciones y como primera providencia se le prescribe un purgante de aceite de ricino, enemas templados y seguir luego con urotropina, benzoato y salicilato de sosa en dosis apropiadas. Bolsa de hielo.

Agosto 20.—Dolor epigástrico más intenso y vómitos más frecuentes, espontáneos y provocados por la presión palpatoria. Sed intensísima; 100 pulsaciones por minuto; 37°,6 de temperatura. Agua Vichy. Hielo. Pantopón.

Agosto 21.—Con una mejora del cuadro sintomatológico se aprecia una elevación de temperatura, llegando á marcar 40°.

Agosto 22.—Temperatura siempre alta. Cuadro atenuado hasta la tarde, en que es presa de una lipotimia con desaparición de pulso, de la que sale después de no pocos cuidados y de tonificación cardíaca.

Una taquicardia con hipotensión sigue á esta crisis. Pulso, 160. Temperatura, 37°,2 y comienza á aparecer una ictericia que adquiere el carácter de constante y progresiva en los días subsiguientes.

Como el pulso, por ratos, sale de los límites de la taquicardia señalada, en el día debieron aplicarse tónicos cardíacos por inyecciones y dos dermoclisis de 250 gramos cada una.

Agosto 23.—Con desaparición de la temperatura, siguen los síntomas de dolor epigástrico intenso, sed ardiente y vómitos incoercibles. Enema alimenticio. Dermoclisis y cloral.

El pulso vuelve á caer en cuanto se descuida la tonificación de la fibra muscular cardíaca.

La ictericia es intensísima y aparece sangre en las deposiciones (melenas) y la enferma acusa una hiperacidez gástrica que la molesta desde días atrás. Orinas oscuras. Materias decoloradas (cuando no eran melenas). Mareos y pérdida de conocimiento por la noche, luego reacción y estado de obnubilación mental, incoherencia, etc.

El día 24 un hipo intenso, casi continuo, impone una orientación al temperamento del médico y acepta la familia la intervención de uno de nosotros. Sed intensa. Surogota á gota rectal (Murphy).

Los fenómenos gástricos (hiperhcloridria y vómitos), las melenas y la sensibilidad del epigastrio, preocuparon en el sentido de una perforación del estómago ó píloro, sin desconocer que el cuadro debía hacernos pensar seriamente en oclusión de vías biliares ó por cálculos ó por bridas. Esta última se imponía casi de una manera categórica en nuestra mente, tanto más cuanto que existía una operación anterior con toda probabilidad insuficiente y tan solo paliativa.

La familia, rehacia hasta entonces, acepta una operación, la que realizamos en nuestro servicio del Hospital San Roque, con diagnóstico de *brida* y en el siguiente estado de la paciente:

Hipertrofia hepática. Intensa ictericia. Defensa epigástrica; dolor; vómitos; melenas. Taquicardia enorme; hipotensión; hipotermia.

Operación.—Dres. Bottaro y Pawlosky. Anestesia local y se terminó con poca cantidad de éter.

Incisión sobre la cicatriz anterior de Kerhn, llegando al peritoneo parietal. Se aprecia el estómago sumamente dilatado. Hígado grande y duro.

En la línea media, á partir de la zona umbilical y dirigiéndose hacia arriba, existe una tumoración alargada, gruesa, de color oscuro, y que tiene aspecto de tejido esfacelado. El epiploon adhiere á este tumor, defendiendo la zona. Una enorme brida grosísima estrangula oblicuamente al píloro contra la columna, para terminar en lo alto en la cara inferior del hígado. Una prolongación de esta brida estrangula el colédoco, el que se encuentra dilatado en su parte alta, semejando al duodeno por su tamaño y acodaduras.

Por transparencia se ve en su interior bilis estancada y se aprecia la repitencia. Maniobras destinadas á evacuar su contenido fracasaron. Se extirpa la brida y persiste su estancamiento; se examina prolijamente su trayecto sin notar ni cálculos ni nuevas bridas que obstaculicen la evacuación al duodeno de esa bilis retenida.

La vesícula librada de su cuerda epiploico parietal que la estrangulaba, se abre, previos cuidados de aislamiento, y muestra sus paredes gruesas, irregulares y verdosas—signos de esfacelo,—se la drena con una sonda Nélaton gruesa y se la aísla con gasas periféricas, que penetrando profundamente salen al exterior, previa marsupialización.

Pasado el *soch* operatorio que fué grande (tal era el estado de gravedad de la enferma) á pesar de ser una operación corta y nada compleja, la enferma comienza á mejorar.

Mueve su vientre á las veinticuatro horas con un enema después de haber pasado un día de calma con pulso y semblante mejor.

Las materias fecales se tñen de bilis, las orinas se aclaran y el estado general mejora á la vista.

La sonda vesicular deja salir bilis recién á las veinticuatro horas, para continuar drenándola abundantemente en los días subsiguientes.

La ictericia se va al cabo de doce ó quince días; la vesícula

la se elimina en gran parte, y cierra la herida al cabo de un mes aproximadamente, sin dejar fístula.

La enferma es dada de alta á petición de la familia, con el compromiso de tenernos al corriente de la evolución. Hubiéramos deseado reintervenirla un tiempo más tarde, para garantizarle la permeabilidad de sus vías biliares y salvarla de accidentes tal vez graves que pudieran sorprenderle lejos de donde haya recursos médicos. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 29 de Septiembre de 1921.)

2. **Un caso de cuerpo extraño del recto.**—El Dr. Fernando Alsina comunica la siguiente nota clínica:

Se trata de un enfermo de sesenta años, fuerte, bien constituido, y que viene padeciendo desde hace años hemorroides voluminosas, que le ocasionan las molestias inherentes á esta clase de enfermedad; pero á pesar de las hemorragias, dolores y trastornos en la defecación que sufre, no se ha decidido nunca á la intervención, por un temor muy arraigado en esta clase de sujetos, que temen «que se les retienen».

No parece haber en este paciente ninguna tara ó vicio contra natura que le haya impulsado á la maniobra que le obligó á introducir en el recto un vaso de cristal, que tal es el cuerpo extraño de que se trata.

La historia, tal como él la cuenta, es como sigue:

Las hemorroides, que hacía una temporada que no le molestaban, aumentaron de volumen bruscamente; se pusieron turgentes, dolorosas y sangraban al menor contacto, siendo estas hemorragias más notables, como es natural, en los momentos que seguían á la defecación.

La historia (verdad ó mentira) que le contaron de una señora, que se había muerto en el retrete á consecuencia de una hemorragia de origen hemorroidal, le impresionó tan vivamente, que desde entonces veía llegar con verdadero terror el momento de la defecación.

Un día, en el momento de la expulsión del bolo fecal, sintió correr abundante sangre, y quizás más por el miedo que por la misma pérdida sanguínea, notó tendencia al vértigo, sudor frío, y, como él dice, que se le iba la vida; asustado por lo que él creía muerte segura, trató de cohibir la hemorragia con lo que más á mano tenía; cogió, pues, un vaso, lo puso con el fondo para arriba y se sentó encima: el ano, lubricado con la sangre, dejó introducirse el vaso, y allá quedó en la ampolla rectal, sin que pudiese ya extraerlo, aunque se administró purgas repetidas, se dió irrigaciones rectales y se dedicó á dar largos y repetidos paseos, sin que, como es lógico, lograra su objeto. El vaso, en vez de descender, subió todavía más alto, llevado por los movimientos antiperistálticos del intestino, favorecidos en este caso por la forma cónica del cuerpo extraño.

Ocho días permaneció este enfermo sin decidirse á consultarse y sin, por consiguiente, poner remedio á su mal, pero en vista de que los medios que ponía en práctica no lograban provocar la expulsión, y el vaso cada vez estorbaba más, temiendo, por otra parte, que la hemorragia se reprodujese y que llegase á producirse alguna ulceración del intestino, vino á Santiago y aquí pude observarle.

A la palpación se nota con toda claridad la presencia de una tumoración en la fosa ilíaca izquierda, que se prolonga á lo largo de la S ilíaca y se hunde en la pelvis; el ano, muy dilatado, permite fácilmente la introducción de dos dedos, y comprimiendo, ó, mejor dicho, empujando el ano hacia arriba al mismo tiempo que con la otra mano se deprime la tumoración de la fosa ilíaca, se puede notar el borde del vaso, que, efecto de las maniobras que el mismo enfermo ha practicado, está roto en una cierta extensión.

Con un espéculum de Ferguson de grueso calibre que

introduje en el ano, pude ver parte del borde, y con una pinza larga traté de tirar por él, al mismo tiempo que facilitaba la maniobra deprimiendo con la otra mano la pared del vientre, empujando el vaso hacia el ano.

El vaso estaba entonces en la ampolla rectal, y haciendo tracciones con la pinza y deprimiendo con la mano la pared abdominal, logré hacerlo descender hasta que el borde vino á tocar con la parte superior de la próstata, cuya hipertrofia hacía imposible un descenso más pronunciado.

Con estas maniobras el vaso se fué rompiendo y los bordes amenazaban rasgar la mucosa, cuyas venas varicosas hacían temer una hemorragia de importancia. Procedí, en consecuencia, á anestesiarse al enfermo, hice la dilatación forzada del ano, y con dos dedos introducidos en el recto enganché el borde del vaso; pero sucedía que al tirar del borde para mí más accesible, que era el posterior, hacía vascular el anterior, que tenía marcada tendencia á clavarse en la cara anterior del recto.

En vista de que con esta maniobra no podía conseguir lo que deseaba, introduje un gatillo de Faraboeuf, rompí gran parte de una de las paredes del vaso (la posterior) é introduje dos dedos de la mano derecha por detrás del vaso entre éste y la pared posterior del recto é hice una verdadera versión; extrayendo el cuerpo extraño después de hacerle dar una vuelta completa dentro de la ampolla rectal.

El vaso, después de extraído y *reconstruído*, tenía las siguientes dimensiones: diámetro en el fondo, 44 milímetros; ídem en la boca, 60; ídem altura de la pared, 90.

Como se ve por la precedente exposición, no me fué preciso hacer ninguna operación cruenta en el recto para conseguir la extracción del cuerpo extraño, lo cual tiene inmensas ventajas, pues, en primer lugar, no abre puertas de entrada á una posible infección; segundo, no exige curas ni tratamiento alguno post-operatorio; tercero, el enfermo puede dedicarse casi inmediatamente á sus ocupaciones habituales.

La intervención, tal como yo la conduje, no es del todo fácil, pues tiene siempre el peligro de que durante la misma pueda ser herida una vena hemorroidal, y esto es tanto más fácil cuanto que la destrucción del cuerpo extraño dentro del intestino se hace casi á ciegas; pero si se tiene cuidado de proteger la mucosa con los dedos colocados entre ella y el cuerpo extraño, la intervención puede verificarse sin contratiempos de ninguna clase.

Por mi parte, quedé muy satisfecho del procedimiento seguido, y creo que, obrando con prudencia, nunca sucederán contratiempos de importancia.

Naturalmente que si, en vez de tratarse de un vaso de cristal, el cuerpo extraño fuese metálico, tal vez no se pudiese romper, y en este caso habría que apelar á algunos de los procedimientos que en los libros se describen para estos casos, tal como la rectotomía, perineotomía con resección del coxis, etc., etc.

El curso post-operatorio fué en este caso excelente, y el enfermo pudo levantarse de la cama á los dos días y salir del hospital á los tres ó cuatro.

Desde entonces acá han transcurrido cerca de tres años, y el enfermo se encuentra perfectamente bien; las hemorroides no ha querido operarlas; pero según él me manifestó la última vez que le he visto, aún hace pocos días, no ha vuelto á tener hemorragias, la defecación se verifica normalmente, sin dolores y sin molestias, y por lo menos las hemorroides externas que tenía tan voluminosas se han reducido extraordinariamente de volumen, están secas y como marchitas. Es posible que la dilatación forzada del ano á que fué necesario someterle haya influido favorablemente en la

marcha del proceso. (*Revista Médica Gallega*, Septiembre de 1921.)

3. La vía vaginal en los quistes dermoideos del ovario.—El Dr. Alberto Chueco hace un estudio de este medio de tratamiento en ginecología, y después de detallar varias historias clínicas establece las siguientes conclusiones:

1.^a Todas las neoplasias á extirpar por vía vaginal exigen, ante todo, un buen diagnóstico, y, por lo tanto, determinar su naturaleza, su ubicación, su movilidad y, ante todo y sobre todo, su facilidad de reducción y exteriorización; ya en otra oportunidad lo hemos dicho: el ginecólogo laparotomista es el clínico de las facilidades, á él sólo se le exige comprobar la existencia de una neoplasia; sea sólida ó líquida, adherente ó no, de contenido séptico ó aséptico, lo mismo da; abierto el vientre, el éxito, si es que corona su intervención, será el extirpar el tumor que ha palpado; como se ve, arriesga menos en su diagnóstico que el ginecólogo vaginalista, que es el clínico de las dificultades que ha de extremar su examen para determinar de una manera precisa si beneficiará á su operada con una intervención más inocua á realizar por una vía menos amplia, pero no por eso menos segura é infinitamente más beneficiosa para la enferma.

2.^a En el cuadro sintomático de las cinco observaciones de quistes dermoideos del ovario, no se registra en su evolución el síntoma dolor, ya sea en forma de crisis, bien espontánea ó provocada por causas físicas diversas; en alguna de ellas, como en la paciente de la cuarta observación su presencia es revelada á su portadora, una mujer múltipara, por la distocia que produce al ubicarse en el fondo de saco del Douglas; y en la segunda observación, la enferma, mujer entrada desde años atrás en el período de la menopausia, su presencia es revelada por los fenómenos de compresión que acarrea el quiste por su ubicación en la misma zona que en la anterior observación; en los casos primero y tercero, por alteraciones de orden menstrual y aumento progresivo de la neoplasia ovárica; y, por último, en la quinta observación, por ir aunada á otras lesiones de los genitales internos que obligan á la intervención quirúrgica. Así, pues, contrariamente á lo que se piensa, no es el síntoma dolor el que obliga á operar, y menos aún el que descubre la existencia de esa lesión.

3.^a En tres casos los quistes dermoideos del ovario no se han acompañado de lesiones anexiales del lado opuesto.

4.^a En tres casos el quiste ha estado ubicado en el ovario derecho y dos en el opuesto.

5.^a En ningún caso se ha observado en el interior de las neoplasias complicaciones de orden inflamatorio ó supurativo, así como la existencia en su cara externa de adherencias á los órganos vecinos.

6.^a Se han intervenido dos casos por colpotomía posterior y tres por colpotomía anterior con raquianestesia, dos casos con éter, dos igualmente y una con cloroformo.

7.^a El mínimo de tiempo que la enferma ha permanecido en cama después de la operación ha sido tres días, y el máximo, de doce días, siendo la curación el resultado que se ha obtenido en todas ellas. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 15 de Septiembre de 1921.)

EN LENGUA EXTRANJERA

4. La septicidad bucodentaria y la cirugía general, por J. Tellier.—Son pocos actualmente todavía los cirujanos que prestan la atención necesaria á las relaciones que pueden existir entre la septicidad bucodentaria y la patogenia de ciertas afecciones quirúrgicas; así como á las reglas que

de ella se deducen para la práctica de la cirugía. Las infecciones de origen dentario son más frecuentes de lo que se cree, existen los focos infecciosos, áreas infecciosas periapicales, que sólo se manifiestan por signos clínicos, á menudo muy difíciles de descubrir, pero que se ponen en evidencia fácilmente por el examen radiográfico. Las consecuencias locales, ó á distancia de estos focos, son cada vez mejor conocidas. La supuración ó la mortificación de la pulpa dentaria son el resultado de la caries llamada penetrante; los productos sépticos resultantes de la destrucción de la pulpa pueden, en ciertas condiciones, pasar á través del vértice y determinar en el ligamento alvéolo dentario, lesiones agudas ó crónicas; éstas son con mucho las más graves y consisten en lesiones del cemento, del ligamento alvéolo dentario y del tejido óseo adyacente, localizadas con la mayor frecuencia en la región paraapical. El conjunto de estas lesiones constituye lo que se llama, bastante impropiamente, un absceso, ó un quiste pararadicular ó apendicular; en realidad se trata del granuloma, puro ó recorrido en todos sentidos por trabéculas epiteliales (proliferación de los restos epiteliales paradentarios de Malassez), con abscesos ó verdaderos quistes pequeños supurados. Al lado de la septicidad bucodentaria, causa de infecciones *exógenas*, como son las infecciones de las heridas del tubo digestivo al mojarse con productos sépticos que provienen directamente de la cavidad bucal, existen infecciones *endógenas*, hematógenas de origen dentario, peri ó paraapical, y que pueden manifestarse con motivo de toda clase de intervenciones, y no solamente con ocasión de las operaciones practicadas en el tubo digestivo. El estreptococo es el que predomina en los abscesos alveolares (granulomas) y los canales radiculares. Debería ser regla absoluta el no emprender ninguna intervención sobre el tubo digestivo sin haber buscado y suprimido todo síntoma de infección bucal. Hoy día, en las clínicas de los hermanos Mayo, de Rochester, toda observación médica ó quirúrgica va acompañada de radiografías del sistema dentario. Si existen signos de infección bucal ó peridentaria, solamente en los casos de absoluta urgencia podrá contentarse con un tratamiento paliativo puramente sintomático. En todos los demás casos antes de toda intervención sobre el tubo digestivo como muchos cirujanos tienden teóricamente á hacer; antes de toda intervención grave, cualquiera que sea, como cree el autor que será preciso admitir algún día, debe combatirse y suprimirse toda manifestación de la septicidad bucodentaria. Sueros, vacunas, abscesos de fijación se emplearán para ello desde el punto de vista médico. Sobre todo, será la colaboración, la simbiosis del cirujano y del especialista (estomatólogo ú odontólogo) la que permitirá ponerse al abrigo de la septicidad bucodentaria; el tratamiento especial será conservador ó radical; en el primer caso se utilizarán los métodos de la odontología operatoria conservadora; en el segundo, el tratamiento consistirá en la extracción de los dientes infectados con el raspado de los focos infecciosos después de la resección del proceso alvéolodentario externo en toda su altura, etc. Termina el autor diciendo que llegará día en el que exista en todos los grandes hospitales un servicio de estomatología, no solamente para los tratamientos de los enfermos de las clínicas de enfermedades generales y de ciertas especialidades, sino para preparar á los enfermos para las intervenciones según las leyes de la cirugía moderna. (*Revue de Chirurgie*, núm. 6, 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.

¿Prohibición, dificultades, reflexión ó pereza?

Hace algunas semanas que, con la imparcialidad que acostumbramos, dedicábamos francos elogios al señor ministro de la Gobernación, conde de Coello de Portugal, por su resolución, hecha pública por la Prensa, de llevar á las Cortes el proyecto de ley de *Profilaxia de enfermedades evitables* que viene rodando del Ministerio á las Cámaras y de las Cámaras al Archivo, desde los tiempos del señor Burgos y Mazo y del marqués de Alhucemas.

Alabábamos al actual ministro, primero por verle persuadido á la necesidad y conveniencia de la reforma, y, después, entre bromas y veras, por verle resuelto ante la supersticiosa idea de los letales efectos que tienen para los Gobiernos los proyectos de Sanidad. Pero nuestro gozo en un pozo; un mes lleva abierto el Parlamento, y aunque en la Cámara popular se debate con energía el vital problema de Marruecos, ocupando todo su tiempo, no se nos negará que en la otra Cámara, en la que, al paso que lleva, podrá pronto llamarse Cámara aristocrática, ha podido aprovecharse el tiempo para plantear y adelantar la labor legislativa que desde hace tiempo viene reclamada por la opinión y más todavía por la evidencia de los hechos que la exigen.

¿Cómo explicarse esto después de haber manifestado el Ministro su decisión de poner mano en tales asuntos? ¿Será, como algunos chuscos creen, que el resto del Consejo de Ministros ha temido el efecto de la *jettatura* del proyecto? Ni lo creemos, ni lo apuntamos más que como rumor que la gente propala por no encontrar razonable lo que sucede.

¿Será que la reflexión haya hecho pensar al Ministro que el objeto para que fué formado este Gobierno no era el de introducir reformas en la administración pública, sino el de sumar y allegar recursos, fuerzas parlamentarias, medios económicos y energías aisladas, para hacer frente al gran problema nacional? Tampoco lo creemos, pues formaría contraste esta conducta del señor conde de Coello, con el desempacho y el desembarazo con que su compañero de Instrucción Pública ha arremetido contra las leyes existentes, y no decimos que contra las conveniencias políticas, por no ser esto cosa de nuestra incumbencia, pero no porque no lo pensemos.

Menos importante y elevada creemos que es la causa del retraso de los proyectos de Sanidad; la encontramos en la indecisión y en la pereza con que en la tramitación de tales asuntos se procede; pues en cuestiones en que los datos se encuentran reunidos, las opiniones formadas y la expectación es antigua y creciente, no se procede con mayor premura.

Dígalo si no lo que ocurre con el famoso *plebiscito de los titulares*. No sabemos lo que haya dado de sí; pero no pecaremos de atrevidos al pensar que ya ha habido tiempo para saber los resultados, y sin embargo, ni nada se dice, ni nada se resuelve en cualquiera de los sentidos en que parece que se quería resolver, pues por pura curiosidad no pensamos que se haya molestado y soliviantado á la opinión de los unos y de los otros, para dar motivo á protestas que no se harán esperar y á descrédito de la administración que emprende y plantea para nunca acabar de resolver.

DECIO CARLAN.

Estatuto de la Universidad de Madrid

III

LA FAMILIA FELIZ UNIVERSITARIA

El Dr. Juan Palomo, catedrático, es el jefe de esa numerosa familia universitaria, cuyas ramas principales son los catedráticos Palomino, Palomeque, Palomares y Palomero. El cacique principal será Palomo; los otros cuatro serán cacicuelos; la *gens* de cada uno y su *clientela* se repartirán bonitamente los cargos, los sueldos, las becas, las pensiones y otros muchos gajes á que se presta el Estatuto por ellos elaborado.

Los catedráticos, ellos solitos «dictarán los reglamentos relativos á la *concesión de becas* para alumnos ó de *pensiones para* estudios fuera de la Universidad, ya sea en favor de alumnos ó de *profesores de todas clases*». (art. 17, *d*). «También aprobarán los planes de estudio de las Facultades en cuanto se refieran al régimen general de la enseñanza ó supongan un *aumento* ó *disminución del número de catedráticos* ó *profesores extraordinarios*». (art. 17, *g*). «También aprobarán *toda propuesta de creación* ó *adscripción de nuevas Facultades*, Centros de enseñanza ó *investigación*, cátedras nuevas, grupos de estudios que conduzcan á *certificados especiales*, publicaciones *periódicas universitarias*, y en general, de toda iniciativa que pueda afectar al *patrimonio* de la Universidad, etc.» (art. 17, *h*). «Igualmente discutirán y

aprobarán los presupuestos generales de la Universidad.» (art. 17, k).

Habrán cinco comisiones permanentes del Claustro ordinario, para asesorar al Consejo universitario (artículo 18).

La primera (a) para ampliación de estudios, en cuanto se refiere á la creación de nuevos centros de enseñanza superior ó investigaciones, y distribución de los fondos que la Universidad destine á auxiliar á los catedráticos, profesores de cualquier clase, ayudantes ó alumnos en los trabajos de investigación que supongan gastos superiores á los presupuestos ordinarios de las Facultades. La segunda (b) correrá con las bibliotecas y publicaciones, distribuir las cantidades destinadas á la adquisición de libros, y organizar un servicio editorial para las publicaciones universitarias. La tercera (c), de administración y hacienda, entenderá, entre otras cosas, en el nombramiento del personal administrativo, gestión de los intereses económicos de la Universidad, formación de sus presupuestos generales, dictamen sobre las cuentas y proyectos de fundación de nuevos centros ó Cátedras en ella. La cuarta (d) ejercerá el Patronato de estudiantes, estudiando los Estatutos de sus asociaciones y encargándose de la gestión de sus intereses. La quinta (e) se refiere al intercambio universitario, sin hablar de dinero ó cosa que lo valga; pero ese intercambio supondrá de hecho gastos á favor de aquellas personas á quienes los catedráticos quieran.

Del Consejo universitario se dijo ya lo suficiente en el primer artículo de esta serie. Basta recordar que de ese Consejo al que estatuye la vigente ley de Instrucción pública de 1857, va la diferencia en que el nuevo (perfectamente ilegal) deja anulado á dicho Consejo, superponiendo á sus ocho miembros legales otros diez ilegales, que así tendrán mayoría sobre aquéllos.

Las nuevas Juntas de Facultad (el claustro ordinario subdividido) tienen otro montón de atribuciones económicas admirables para lucros y granjerías en familia. Por no repetir conceptos, véanse los expuestos referentes al claustro ordinario junto y sus comisiones permanentes (andadoras del Consejo universitario, aun anulado el legal por una mayoría ilegal hija de este Estatuto).

Del claustro extraordinario no hay que hablar: no pincha ni corta; es decir, los miembros de él que tengan sueldo (claustro ordinario, doctores con cargos docentes subalternos retribuidos), esos sí pinchan y cortan... el bacalao. Los demás infelices doctores matriculados libres, eran y seguirán siendo unas simples figuras decorativas, una comparsa vestida de chillones colorines que formará el día de apertura de curso y otras fiestas análogas... *ad maiorem claustrum ordinari gloriam*.

De las Asociaciones de estudiantes hablaré exclusivamente en el próximo artículo de la serie.

El título III (De la Universidad y del régimen económico de la misma) mucho y muy sabroso puede hablarse, tanto en lo que atañe al patrimonio general universitario y especial de las Facultades, como á los presupuestos, administración de los bienes universitarios y rendición de cuentas.

Parece que tratándose de Presupuestos, en este Tí-

tulo y no en el IV (Del personal docente), artículo 58 á 105, debiera figurar el pago al Claustro ordinario que este mismo se asigna á su propio en el Estatuto confeccionado por él. Pues no, señor; en el Título IV arramblan los Catedráticos ellos solitos con el importe de la mitad del presupuesto ordinario de gastos de la Universidad y sus Facultades, en concepto de sueldos (art. 64).

Claro es que el resto del profesorado oficial (profesores, auxiliares y ayudantes), cobrará á cargo de la otra mitad del presupuesto de gastos. Y lo mismo los profesores extraordinarios, temporales y agregados. No se dice si los profesores libres tendrán ó no tendrán sueldo, pero es de creer que (como no se prohíbe que lo tengan) lo tendrán. En esta idea me afirmo al releer el texto del art. 105, que dice así: «Todo catedrático, sólo por serlo, está habilitado para dar cursos como profesor libre en todas las disciplinas de la Facultad á que pertenezca». ¡Buenos son ellos para trabajar de balde ó no muy caro, cuando se señalan unos bonitos sueldos por las sesenta horas de su obligación oficial!

Si un catedrático pide licencia temporal para suspender el trabajo universitario se le dará por quince días, á no ser que sean consecuencia de alguna comisión, á que el profesor esté obligado y lleve aneja la imposibilidad de su asistencia á la Universidad; si es por enfermo ó por ausencia ineludible, las Juntas de Facultad le darán licencia por mes y medio, con sueldo. Nada prohíbe repetir varias veces al año ese momio.

«En todo caso (art. 79), se entenderá concedida la licencia con todo el sueldo y toda otra remuneración permanente, cualquiera que sea el tiempo de su duración: 1.º, por llamamiento hecho por una Universidad nacional ó extranjera para explicar en ella; 2.º, por encargo de la Universidad de Madrid con el fin antedicho, ó para que haga un estudio por cuenta y para la Universidad ó la represente en Congresos, Centenarios ú ocasiones análogas; 3.º, por licencia ó pensión para ampliación de estudios, cuando en su concesión no esté expresamente determinada otra cosa; 4.º, para formar parte de Comisiones ó tribunales de exámenes, concursos ú oposiciones que se celebren fuera de Madrid.»

¿Y qué le pasa á un catedrático «si se viera precisado á faltar la mayor parte ó el total de un período académico?» Pues nada: «la Facultad podrá adoptar, según la naturaleza de la enseñanza, uno de estos tres acuerdos: 1.º, nombrar un profesor temporal; 2.º, acumular interinamente la enseñanza á otro catedrático; 3.º, suspender durante el curso la matrícula de la enseñanza en cuestión» (art. 77). ¿Y si repite ese timo varios cursos, sueltos ó seguidos? Contestación: «El cargo de catedrático es inamovible. Su separación será acordada por el Claustro ordinario (todos los catedráticos juntos de la Universidad) mediante acuerdo que tenga la conformidad de las dos terceras partes de votos de aquellos que tengan derecho á emitirlo» (art. 80).

El espíritu de cuerpo (lo más corpóreo y menos espiritual del mundo) hará que ningún catedrático deje de serlo por faltar á su obligación primera (la de dar sesenta horas de lección en trescientos sesenta y cinco ó sesenta y seis días del año. Es lo que dirán Juan Palomo,

catedrático, y los no menos catedráticos Palomino, Palomero, Palomares y Palomeque:—«Hoy por ti, mañana por mí.»

«La Universidad subvencionará viajes de grupos de estudiantes y profesores con el fin de estudios e investigaciones científicas» (art. 108). Son también muy *suculentos* todos los artículos y apartados desde el art. 106 al 111.

Todo lo que *cuente* en dinero (no digo lo que *valga* en realidad) irá a cargar el presupuesto de gastos en la *mitad que no tomen directa y exclusivamente para sí los catedráticos*, de una sentada.

Además, los catedráticos y sus chicos y demás familia, con cargo a esa *segunda mitad de los gastos*, tendrán otros momios: «La Universidad concederá para sus profesores y estudiantes subvenciones de estudios y pensiones en el extranjero» (art. 132). Es muy *nutritivo* el art. 133, que habla de estos *gastitos*.

De modo que la *mitad del presupuesto* es para el *catedrático*; y de la *otra mitad*, una parte es también *para el catedrático*, profesores de todo calibre (*nombrados por el catedrático*), auxiliares, ayudantes, alumnos de su familia, compinches y paniaguados.

Ya sabemos que Juan Palomo, catedrático, no tiene nada de tonto: *eso será para él y los suyos*, a lo sumo para los chicos de personajes. ¡Regalarlo a extraños!

¿Es que el Poder público no podrá impedir tal saqueo y tales favoritismos? ¡No podrá nada... *aun en el supuesto de que quiera!* (y es mucho suponer).

«El Ministerio de Instrucción Pública ejercerá la *alta inspección*» (pare usted de contar), según el art. 4.º, párrafo final.

«La Universidad es autónoma en el cumplimiento de su misión científica, y goza *igualmente de autonomía en el orden económico administrativo, sin otras limitaciones que las expresamente consignadas en el presente Estatuto*» (art. 3.º).

«Los acuerdos adoptados *en virtud de su autonomía* por el *Claustro universitario* SERÁN FIRMES. Contra ellos no podrá entablarse otro recurso que el *gubernativo* ante el ministro, por *extralimitación* de atribuciones ó *defecto* en el procedimiento. EL MINISTRO NO PODRÁ ENTRAR EN EL FONDO DEL ASUNTO, *limitándose, en su caso, a declarar la nulidad del acuerdo. CONTRA LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL podrá entablarse el recurso contencioso administrativo* ¡Gracias, señor elefante!, por la *representación universitaria* Ó POR OTRO interesado.»

¿Qué tal el articulito 6.º del Estatuto? El Claustro de catedráticos puede hacer su *real gana* y su *santísima voluntad* (para eso él sólo es el autónomo), con tal de que *todas las atrocidades* que haga estén dentro de las *atribuciones inicuas* que se han conferido y con arreglo a sus *formulismos* de procedimiento. La Universidad litigará por pobre. El ministro de Instrucción Pública es... *don Nadie*: no puede meterse en el *fondo del asunto*; quizá sea porque a veces ese fondo fuese tal, que haya menos peligro en entrar en el *fondo de un pozo negro*.

Las Cortes, por iniciativa de diputados y senadores de buena intención (que los hay de seguro), deben

echar abajo en masa el repulsivo Estatuto de la Universidad de Madrid. El primer uso que de *su autonomía* han hecho los *catedráticos autores* no puede ser más antipático y desastroso. Ese engendro es un nacido *muerto y macerado*: huele mal, hiede, apesta.

Han puesto los autores en él cuanto de más *torre a terre* hay en las miserias humanas. Esa Universidad es una impostura.

Parece como si los catedráticos, en vez de pensar en *Plato* (la Academia, la Universidad, centro científico y docente) y en *Véritas* (la verdad científica pura), sólo hubiera pensado cada uno: «*Amicus PLATO, sed magis amica TAJADA.*»

DR. LUIS MARCO

Del Claustro extraordinario y del electoral.

Segunda Asamblea de Colegios Médicos.

En cumplimiento del acuerdo tomado en la Asamblea de Valencia, próximamente se reunirán en Barcelona los delegados de los Colegios Médicos, para estudiar y resolver los varios é importantísimos asuntos que atañen a la Federación.

En principio hállase resuelto que esta sesión se celebre durante los días comprendidos entre el 27 de Noviembre y el 3 de Diciembre próximos.

El hecho es interesantísimo para la clase, y a la Asamblea deben los Colegios esforzarse enviar representaciones autorizadas y numerosas, que con alteza de miras, sin apasionamiento y con tanta serenidad en el juicio como energía en la acción, planteen y resuelvan los graves problemas que en el orden profesional afectan a los médicos.

Se ha avanzado no poco en el camino, pero precisa llegar a la meta, lograr las legítimas reparaciones que de derecho corresponden a una clase cuya abnegación y cuyos sacrificios no son ciertamente reconocidos, ni menos recompensados como la justicia exige.

Aparte otras cuestiones, importa someter a detenido estudio el proyecto de «seguro obligatorio contra las enfermedades», que tan transcendental puede ser para el porvenir de los médicos titulares y para los de las beneficencias municipal, provincial y general.

Interesa asimismo tratar de la situación en que se hallan los médicos forenses; de la de los soldados médicos; de la colaboración que en los varios órdenes puedan aportar los Colegios a las Facultades de Medicina de las Universidades autónomas; de la acción y representación que cabe a los Colegios en los organismos sanitarios oficiales; de la necesidad de hacer eficaces los estatutos de los Colegios, y de los muchos que faciliten su exacta interpretación y garanticen la real y justa aplicación de sus sanciones.

La labor a desarrollar es, pues, ardua y delicada.

Esperamos que los Colegios la darán cima con verdadero entusiasmo y con el mayor acierto.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 9 DE ABRIL DE 1921.

Cuatro casos de púrpura hemorrágica.

El DR. PITTALUGA continúa su disertación comenzada en la sesión anterior sobre púrpura hemorrágica, y expone breves consideraciones respecto al tratamiento empleado en

dichos enfermos, de acuerdo con los médicos que los asistían. Como ya se indicó entonces, éste se redujo á lo siguiente: suero normal equino en grandes cantidades, por vía digestiva y por vía hipodérmica; suero equino adrenalínico; método de Dufour del pretendido choque anafiláctico sérico; inyección endovenosa de plasma humano; transfusión de sangre; colessterina y lecitina; gelatina y suero gelatinoso; hipodermocclisis de grandes cantidades de soluciones isotónicas glucosadas, con cardiocinéticos, tónicos, etc., y cloruro de calcio.

Del *suero normal equino* dice que es un excelente coadyuvante del tratamiento tópico y general de la crisis; del *suero adrenalínico*, que debe emplearse con la misma parsimonia y vigilancia con que se emplean las soluciones de adrenalina, de incomparable eficacia en algunos casos; del pretendido *choque anafiláctico sérico* (método Dufour), resultado negativo; de la inyección endovenosa de *plasma humano*, se encuentra en la práctica algunas dificultades; de la *transfusión de la sangre*, no es un recurso terapéutico eficaz; de la *lecitina* y *colessterina*, son imprescindibles en el tratamiento de las toxihemias en general y de los estados hemorrágicos, sobre todo en las púrpuras; de las inyecciones de *peptona*, aun cuando no las ha empleado en ninguno de los cuatro casos, por lo que á la hemorragia intestinal en procesos tifoideos se refiere, es dudosa su eficacia; del *aceite alcanforado*, es prudente emplearlo con más parsimonia de lo que se acostumbra en estos últimos años, limitando su uso á las indicaciones más precisas, renunciando á substituir tratamientos continuados y metódicos con este medicamento.

La escoliosis llamada habitual y sus modernos tratamientos.

El Dr. DECRET expone extensamente su comunicación sobre escoliosis, que siempre la ha considerado como un síntoma de varias enfermedades. Se ocupa brevemente de la etiología y patogenia de esta lesión, y dice que hace años sostuvo en la Sociedad Española de Higiene, que el mal no obedecía á causa miopática, por postura de los niños en la escuela al escribir, y que dió por primera vez la idea de que sospechaba hacía mucho tiempo que se trataba sencillamente de una lesión ósea por insuficiencia endocrina, que, disminuyendo la resistencia del tejido óseo, determinaba por gravitación y acción muscular la deformidad de las vértebras, causa de la escoliosis. Que las curvaturas de la columna vertebral por acortamiento de una de las piernas, en cuanto se corregía esta deformidad, é igualaban los miembros abdominales, aquélla desaparecía. Resume su opinión diciendo que la columna vertebral se dobla hacia un lado cuando hay desigualdad en la longitud de los miembros abdominales respecto á su longitud y hasta su resistencia y potenciabilidad, y también desequilibrio en las fuerzas musculares que la han de sostener erguida, buscando con sus curvas de compensación ese equilibrio perdido; pero estas causas en nada influyen en la alteración de la forma de sus elementos, ocurriendo esto únicamente cuando se alteran las condiciones de resistencia y elasticidad de los tejidos óseos y articulares, y no otra cosa podía pasar de no coger á la naturaleza en un renuncio de su bien acreditada previsión, pues no había de permitir que unos órganos destinados á sostener lo más importante para la vida, base y fundamento de toda la mecánica racional del cuerpo del hombre, pudieran deformarse con esa facilidad.

Añade que las escoliosis tienen su máximo desarrollo en el período de crecimiento del niño, que es cuando las glándulas de secreción interna que presiden esta función están

en más actividad, y son más susceptibles de alterar sus efectos con exceso ó defecto, porque es cuando ese equilibrio, tan necesario en su actuación, es más fácil romperlo por varias causas. Que esas lesiones son más frecuentes en las hembras que en los varones; la proporción, por lo regular, es de cinco ó seis hembras por cada varón, á causa de que la transición de la niñez á la pubertad es mucho más complicada y laboriosa en la mujer que en el hombre.

El Dr. Decref, después de exponer las causas del mal, habla del tratamiento de las escoliosis llamadas esenciales ó habituales, y cree sinceramente que puede ser paliativo, estético, con el cual se detenga el proceso, y se corrija algo aparentemente esas deformidades del tronco, hasta el punto de que aplicándolo en las primeras épocas de la deformidad se llegue á conseguir que vestido el enfermo no parezca un escoliósico, pues no cree que exista un tratamiento curativo que haga desaparecer la deformidad una vez iniciada, y menos en aquellos casos en que ésta ha adquirido una regular intensidad, y lo que hay que evitar es el peligro de que aumente, por ser este terreno abonado para otras lesiones más graves.

Para su tratamiento acepta la clasificación de la mayoría de los especialistas en esta materia. Primer grado: escoliosis reductibles por completo; segundo: reductibles parcialmente, y tercero: irreductibles. En el primer caso, el más vulgar, es sostener el tronco con el corsé ortopédico tipo Nirop, y combatir, si existe, la insuficiencia endocrina clara y fácilmente remediable; en el segundo, métodos gimnásticos que disimulen las siluetas de ciertos músculos atrofiados ó hipertrofiados que desfiguran la silueta del cuerpo, y en el tercero, como la deformidad es tan grande, es indispensable el corsé que ayuda al esfuerzo muscular desigual y anormal, no sólo porque obliga la difícil erección del tronco, sino para disimular el desdibujo anatómico que producen en el cuerpo estas alteraciones.

De todo esto deduce el Dr. Decref, que el tratamiento debe empezar lo más pronto posible, con objeto de que la deformidad no pase del primer grado, y para esto es necesario que las madres vigilen el desarrollo de sus hijas á fin de que en cuanto noten la menor alteración llamen al médico, y éste pueda hacer un diagnóstico precoz estableciendo un tratamiento oportuno y racional.

El Dr. Decref dedica algunos párrafos á la gimnasia, y protesta de que se haya confiado erróneamente á los maestros de instrucción primaria y de educación física, por los juicios equivocados que acerca de su patogenia se han tenido. Que los métodos más sencillos, como el de Klapp, son los más racionales, y en clínica los que dan siempre mejores resultados sin exclusivismos.

Se ocupa luego del tratamiento del reposo en decúbito supino prolongado, preconizado por varios médicos, usando una cama consistente en una tabla en plano inclinado donde repose el enfermo suspendido por una minerva, en que dos anchas fajas, ceñidas á las dos convexidades las comprimen, mientras sus cabos entran por el lado contrario en unas ranuras para sostener unas pesas que las tienen tensas, sosteniendo dicha compresión que obliga al cuerpo á guardar una correcta y útil posición.

Cuando la deformidad llega al segundo grado, la gimnasia sencillísima presta grandes servicios; y en casos de osteomalacia, al mismo tiempo que la desgravación de la columna vertebral, la gimnasia respiratoria.

El Dr. Decref, al ocuparse del enderezamiento brusco, dice que es un procedimiento brutal y ciego. Pasa después á fijarse en el método del americano Edville Gerardt Abbott, á quien le vió aplicar su corsé en la Sociedad Alemana de

Cirugía Ortopédica, y luego lo empleó él en España por primera vez, de cuyos resultados dió cuenta á esta Academia, al propio tiempo que lo hizo en la Facultad de Medicina ante los alumnos de Clínica quirúrgica, y cuyas conclusiones son:

1.^a Mientras no se clasifiquen bien las escoliosis que hoy se encuentran agrupadas bajo el falso nombre de habituales, basándose en su verdadera patogenia, ni éste ni ningún tratamiento corrector las curará, y mucho menos sostendrá después la corrección conseguida.

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

3.^a El procedimiento, ni es tan rápido como en un principio nos hicieron creer, ni es tan sencillo, pues resulta bastante complicado, y á veces, molesto, por lo que muchos autores publican ya los medios de sustituir los fieltros, por otros más humanos para hacer la compresión, por las complicaciones que han producido, que seguramente serán mayores en nuestro clima.

4.^a No debemos fiarnos de los éxitos publicados por muchos autores y testificados por fotografías, pues éstas se prestan á engaños que nosotros no deberíamos admitir; y

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

Tan interesante comunicación, la termina el Dr. Decref, ocupándose de los injertos de Albée, del tratamiento general, según las causas de la escoliosis; de la insuficiencia de las glándulas de secreción interna, recordando de paso el modo de proceder de su maestro, el llorado Dr. San Martín, en estos casos, que empleaba la tintura de iodo al interior á grandes dosis. Y si á veces es intolerable para muchos, se administra subcutáneamente en vapores. Se ocupa también de los beneficiosos efectos de la helioterapia en la escoliosis.

DR. CESALDO

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Visto el expediente del concurso anunciado en la *Gaceta de Madrid* de 17 de Agosto último para proveer, entre los inspectores provinciales de Sanidad en activo y los excedentes del Cuerpo, las plazas vacantes de Alava, Badajoz, Campo de Gibraltar, Cuenca, Palencia y Teruel:

Resultando que, dentro del período señalado en la convocatoria, han solicitado los inspectores provinciales de Sanidad siguientes: D. Adolfo Robles y Vallecillo, núm. 5 del Escalafón, Campo de Gibraltar; D. Luis Encina Candebat, núm. 13, Campo de Gibraltar; D. Fermín López de la Molina y Soto, núm. 17, Palencia; D. Sinfiriano Acinas y Hortigüela, núm. 32, Alava, Palencia y de las restantes la que le corresponda con arreglo al número que ocupa en el Escalafón; D. Enrique Bardají, núm. 44, Badajoz; D. Gabriel Ferret y Obrador, núm. 47, Cuenca; D. Andrés Núñez del Río, número 57, una de las plazas anunciadas ó de las resultas; D. Eugenio Jimeno y Jimeno, núm. 58, Campo de Gibraltar; don Juan Durich y Espuñes, núm. 59, una de las vacantes objeto del concurso ó de las resultas; D. Aurelio Bonet Merchán,

núm. 60, una de las plazas anunciadas ó cualquiera de las resultas, y D. Antonio García Vélez, núm. 61, una de las vacantes del concurso ú otra de varias que indica:

Visto el Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad de 26 de Agosto de 1920:

Considerando que este concurso se ha ajustado á las prescripciones señaladas en la convocatoria y que se han tenido en cuenta las respectivas peticiones de los concursantes y el número que cada uno ocupa en el Escalafón de antigüedad:

Considerando que la convocatoria se limita á la provisión de las vacantes que en ella figuran, pero de ningún modo á sus resultas, que serán objeto de otro concurso,

S. M. el Rey (q. D. g.), de acuerdo con lo informado por la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad y lo propuesto por la Inspección General, ha tenido á bien disponer:

1.^o Que se apruebe dicho concurso, y en su virtud, nombrar á D. Adolfo Robles y Vallecillo, inspector provincial de Sanidad del Campo de Gibraltar; á D. Fermín López de la Molina y Soto, para igual cargo de la de Palencia; á D. Sinfiriano Acinas y Hortigüela, de Alava; á D. Enrique Bardají López, de Badajoz; á D. Gabriel Ferret y Obrador, de Cuenca, y á D. Andrés Núñez del Río, de Teruel; y

2.^o Que se desestimen las peticiones de los aspirantes á las resultas de este concurso.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 12 de Septiembre de 1921. —Coello.—Señor inspector general de Sanidad. (*Gaceta* del 17 de Septiembre.)

MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Subsecretaría.

En cumplimiento de lo prevenido en la Real orden de esta fecha, esta Subsecretaría ha dispuesto que se anuncie para su provisión en propiedad, al turno de oposición entre auxiliares, la Cátedra de Anatomía descriptiva y nociones de Embriología y Teratología, vacante en la Escuela de Veterinaria de Santiago, dotada con el haber anual de 4.000 pesetas.

Para ser admitido á estas oposiciones se requieren las condiciones exigidas en el art. 15 del Real decreto de 30 de Abril de 1915 y que son las siguientes:

1.^a Ser profesor ó auxiliar numerario de Escuela de Veterinaria.

2.^a Los pensionados en el extranjero que cumplan las condiciones determinadas en los artículos 9.^o y 10 del Real decreto de 22 de Enero de 1910.

3.^a Los auxiliares gratuitos ó interinos que cuenten con seis años de antigüedad, á partir desde su primer nombramiento, habiendo prestado servicios en todos ellos, ó que hayan explicado durante un curso completo una misma asignatura ó el número de días necesarios para formar dos cursos completos en asignaturas distintas.

4.^a Los comprendidos en el Real decreto de 15 de Julio de 1921.

La apreciación de estas condiciones corresponde exclusivamente al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en este Ministerio, en el improrrogable término de dos meses, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, acompañadas de los documentos que justifiquen su capacidad legal, pudiendo también acreditar los méritos y

servicios á que se refiere el art. 7.º del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

A los aspirantes que residan fuera de Madrid les bastará acreditar, mediante recibo, haber entregado, dentro del plazo de la convocatoria, en una Administración de Correos, el pliego certificado que contenga su instancia y los expresados documentos y trabajos

El día que los opositores deban presentarse al Tribunal para dar comienzo á los ejercicios entregarán al presidente un trabajo de investigación ó doctrinal propio y el programa de la asignatura; requisitos sin los cuales no podrán ser admitidos á tomar parte en las oposiciones.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tablones de anuncios de los Establecimientos docentes; lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan desde luego que así se verifique, sin más que este aviso.

Madrid, 8 de Octubre de 1921. —El subsecretario, *Zabala*.

En cumplimiento de lo prevenido en la Real orden de esta fecha,

Esta Subsecretaría ha dispuesto que se anuncie para su provisión en propiedad, al turno de oposición, entre auxiliares, la Cátedra de Enfermedades parasitarias é infecto-contagiosas, Inspección de carnes y substancias alimenticias y Policía Sanitaria, vacante en las Escuelas de Veterinaria de León y Santiago, dotadas con el haber anual de 4.000 pesetas.

Para ser admitido á estas oposiciones se requieren las condiciones exigidas en el art. 15 del Real decreto de 30 de Abril de 1915, y que son las siguientes:

1.ª Ser profesor ó auxiliar numerario de Escuela de Veterinaria.

2.ª Los pensionados en el extranjero que cumplan las condiciones determinadas en los artículos 9.º y 10 del Real decreto de 22 de Enero de 1910.

3.ª Los auxiliares gratuitos ó interinos que cuenten con seis años de antigüedad á partir desde su primer nombramiento, habiendo prestado servicios en todos ellos, ó que hayan explicado durante un curso completo una misma asignatura ó el número de días necesarios para formar dos cursos completos en asignaturas distintas.

4.ª Los comprendidos en el Real decreto de 15 de Julio de 1921.

La apreciación de estas condiciones corresponde exclusivamente al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en este Ministerio, en el improrrogable término de dos meses, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, acompañadas de los documentos que justifiquen su capacidad legal, pudiendo también acreditar los méritos y servicios á que se refiere el art. 7.º del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

A los aspirantes que residan fuera de Madrid les bastará acreditar, mediante recibo, haber entregado, dentro del plazo de la convocatoria, en una Administración de Correos, el pliego certificado que contenga su instancia y los expresados documentos y trabajos.

El día que los opositores deban presentarse al Tribunal para dar comienzo á los ejercicios, entregarán al presidente un trabajo de investigación ó doctrinal propio y el programa de la asignatura, requisitos sin los cuales no podrán ser admitidos á tomar parte en las oposiciones.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tablones de anuncios de los Establecimientos docentes; lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan desde luego que así se verifique, sin más que este aviso.

Madrid, 3 de Octubre de 1921. —El subsecretario, *Zabalca*. (*Gaceta* 6 de Noviembre).

En cumplimiento de lo prevenido en el art. 3.º del Real decreto de 14 de Abril de 1916 y Real orden de esta fecha, esta Subsecretaría ha dispuesto que se anuncie para su provisión en propiedad, al turno de oposición libre, la cátedra de Química general (curso preparatorio de Medicina y Farmacia de Cádiz) de Sevilla, dotada con el sueldo anual de 5.000 pesetas.

Para ser admitido á estas oposiciones se requieren las condiciones siguientes, exigidas en el art. 6.º del Real decreto de 8 de Abril de 1910:

1.ª Ser español, á no estar dispensado de este requisito con arreglo á lo dispuesto en el art. 167 de la ley de Instrucción Pública de 9 de Septiembre de 1857.

2.ª No hallarse el aspirante incapacitado para ejercer cargo público.

3.ª Haber cumplido veintiún años de edad.

4.ª Tener el título correspondiente para el desempeño de la vacante ó el certificado de aprobación de la tesis doctoral, pero entendiéndose que el opositor que obtuviese la plaza no podrá tomar posesión de ella sin la presentación del referido título académico, cuyas condiciones habrán de acreditarse antes de terminar el plazo de la convocatoria.

La apreciación de estas condiciones corresponde exclusivamente al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en este Ministerio en el improrrogable término de dos meses, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, acompañadas de los documentos que justifiquen su capacidad legal, pudiendo también acreditar los méritos y servicios á que se refiere el art. 7.º del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

A los aspirantes que residan fuera de Madrid les bastará acreditar, mediante recibo, haber entregado, dentro del plazo de la convocatoria, en una Administración de Correos, el pliego certificado que contenga su instancia y los expresados documentos y trabajos.

El día que los aspirantes deban presentarse al Tribunal para dar comienzo á los ejercicios, entregarán al presidente un trabajo de investigación ó doctrinal propio y el programa de la asignatura; requisitos sin los cuales no podrán ser admitidos á tomar parte en las oposiciones.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tablones de anuncios de los Establecimientos docentes; lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan desde luego que así se verifique, sin más que este aviso.

PAPELES YHOMAR

Simples con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).
CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACIOS LACTICOS
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

Madrid, 27 de Octubre de 1921. — El subsecretario, *Zabala*.

Se halla vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid la cátedra de Medicina legal y Toxicología, dotada con el sueldo anual de 5.000 pesetas, la cual ha de proveerse por oposición entre auxiliares, según lo dispuesto en los Reales decretos de 30 de Abril de 1915 y 15 de Julio de 1921. Los ejercicios se verificarán en Madrid en la forma prevenida en el Reglamento de 8 de Abril de 1910.

Para ser admitido á la oposición se requiere estar comprendido en el art. 15 del Real decreto de 30 de Abril de 1915, modificado por el de 15 de Julio de 1921, condiciones que habrán de reunirse antes de terminar el plazo de esta convocatoria.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en este Ministerio, por conducto de los jefes de los Establecimientos en que presten sus servicios, en el improrrogable término de dos meses, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, acompañadas de los documentos que justifiquen su capacidad legal, pudiendo también acreditar los méritos y servicios á que se refiere el art. 7.º del mencionado Reglamento.

El día que los opositores deban presentarse al Tribunal para dar comienzo á los ejercicios, entregarán al presidente un trabajo de investigación ó doctrinal propio y el programa de la asignatura, requisitos sin los cuales no podrán ser admitidos á tomar parte en las oposiciones.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tablones de anuncios de los Establecimientos docentes; lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan desde luego que así se verifique, sin más que este aviso.

Madrid, 27 de Octubre de 1921. — El subsecretario, *Zabala*.

Se halla vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla la cátedra de Patología médica con su clínica, dotada con el sueldo anual de 5.000 pesetas, la cual ha de proveerse por oposición entre auxiliares, según lo dispuesto en los Reales decretos de 30 de Abril de 1915 y 15 de Julio de 1921. Los ejercicios se verificarán en Madrid en la forma prevenida en el Reglamento de 8 de Abril de 1910.

Para ser admitido á la oposición se requiere estar comprendido en el art. 15 del Real decreto de 30 de Abril de 1915, modificado por el de 15 de Julio de 1921, condiciones que habrán de reunirse antes de terminar el plazo de esta convocatoria.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en este Ministerio, por conducto de los jefes de los Establecimientos en que presten sus servicios, en el improrrogable término de dos meses, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, acompañadas de los documentos que justifiquen su capacidad legal, pudiendo también acreditar los méritos y servicios á que se refiere el art. 7.º del mencionado Reglamento.

El día que los opositores deban presentarse al Tribunal para dar comienzo á los ejercicios, entregarán al presidente un trabajo de investigación ó doctrinal propio y el programa

de la asignatura, requisitos sin los cuales no podrán ser admitidos á tomar parte en las oposiciones.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tablones de anuncios de los Establecimientos docentes; lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan desde luego que así se verifique, sin más que este aviso.

Madrid, 27 de Octubre de 1921. — El subsecretario, *Zabala*.

Se halla vacante en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona la cátedra de Botánica descriptiva con sus prácticas, dotada con el sueldo anual de 5.000 pesetas, la cual ha de proveerse por oposición entre auxiliares según lo dispuesto en los Reales decretos de 30 de Abril de 1915 y 15 de Julio de 1921. Los ejercicios se verificarán en Madrid en la forma prevenida en el Reglamento de 8 de Abril de 1910.

Para ser admitido á la oposición se requiere estar comprendido en el art. 15 del Real decreto de 30 de Abril de 1915, modificado por el de 15 de Julio de 1921; condiciones que habrán de reunirse antes de terminar el plazo de esta convocatoria.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en este Ministerio, por conducto de los jefes de los establecimientos en que presten sus servicios, en el improrrogable término de dos meses, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, acompañadas de los documentos que justifiquen su capacidad legal, pudiendo también acreditar los méritos y servicios á que se refiere el art. 7.º del mencionado Reglamento.

El día que los opositores deban presentarse al Tribunal para dar comienzo á los ejercicios, entregarán al presidente un trabajo de investigación ó doctrinal propio y el programa de la asignatura, requisitos sin los cuales no podrán ser admitidos á tomar parte en las oposiciones.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tablones de anuncios de los Establecimientos docentes; lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan desde luego que así se verifique, sin más que este aviso.

Madrid, 27 de Octubre de 1921. — El subsecretario, *Zabala*. (*Gaceta* del 6 de Noviembre.)

REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr : S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien declarar desierto el concurso anunciado para proveer la Cátedra de Anatomía descriptiva y Nociones de Embriología y Teratología, vacante en la Escuela de Veterinaria de Santiago, por falta de aspirantes; disponiendo al mismo tiempo se anuncie de nuevo su provisión al turno de oposición entre auxiliares, conforme á lo determinado en el núm. 3.º del art. 4.º y art. 6.º del Real decreto de provisión de Cátedras de 30 de Abril de 1915.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 3 de Octubre de 1921. — *Silió*. — Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 6 de Noviembre.)

CARBOLAN

Pelrd's C.º, New-York.

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

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

Ilmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien declarar desierto el concurso anunciado para proveer las Cátedras de Enfermedades parasitarias é infecto-contagiosas, Inspección de carnes y substancias alimenticias y Policía sanitaria, vacantes en las Escuelas de Veterinaria de León y Santiago, por falta de aspirantes, disponiendo al mismo tiempo se anuncie de nuevo su provisión al turno de oposición entre auxiliares, conforme á lo determinado en el núm. 3.º del art. 4.º y art. 6.º del Real decreto de provisión de Cátedras de 30 de Abril de 1915.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 3 de Octubre de 1921.—*Silió*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 6 de Noviembre.)

Ilmo. Sr.: Visto el oficio del señor Rector de la Universidad Central solicitando que se amplíe el período de quince días fijado para la información escrita que se abrió en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo adicional del Real decreto de 23 de Septiembre último,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con las razones alegadas por dicho señor Rector, se ha servido disponer que se amplíe por otros quince días el período de información escrita para que las Universidades, Colegios Médicos y demás entidades interesadas en el asunto puedan elevar á este Ministerio las alegaciones que estimen oportunas con relación al proyecto de ley sobre validez de títulos, incorporación de estudios á que se refiere el mencionado Real decreto.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 6 de Octubre de 1921.—*Silió*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* 14 de Octubre.)

Ilmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que el Tribunal nombrado por Real orden de 21 de Septiembre último para juzgar las oposiciones á la cátedra de Patología y Terapéutica aplicadas con prácticas de Laboratorio, Elementos de Patología general, Terapéutica, Anatomía patológica y Bacteriología odontológica, de la Escuela de Odontología, adscrita á la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid, se entienda modificado en la siguiente forma:

Presidente: D. Ramón Jiménez, consejero de Instrucción pública.

Vocales: D. Florestán Aguilar Rodríguez, catedrático de la Universidad de Madrid; D. Rafael Cástor Reig, de la de Valencia; D. Vicente Peset Cervera, de la de Valencia; don Emilio Muñoz Rivero, de la de Sevilla (C.).

Suplentes: D. Benito Arroyo Gil, catedrático de la Universidad de Sevilla (C.); D. Primo Garrido Sánchez, de la de Salamanca; D. Valentín Carulla Margenat, de la de Barcelona, y D. Teófilo Hernando, de la de Madrid.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 31 de Octubre de 1921.—*Silió*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 6 de Noviembre.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,3; ídem mínima, 701,2; temperatura máxima, 9º,0; ídem mínima, 0º,1; vientos dominantes, NE. OSO.

Los fríos intensos y sostenidos han determinado agravaciones en las enfermedades crónicas de los aparatos respiratorio y circulatorio, sobre todo en este último en los sujetos arterio-escleróticos. En los afectos agudos siguen acentuándose los catarrales de las vías respiratorias y se sostienen las infecciones intestinales febriles.

Mortalidad de Madrid en Octubre de 1921 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Quinquenio anterior.	Octubre de 1921.
Menores de 1 año.....	171	191
De 1 á 4 años.....	149	124
De 5 á 19.....	120	97
De 20 á 39.....	246	174
De 40 á 59.....	271	214
De 60 en adelante.....	334	263
Sin clasificación.....	2	»
TOTAL.....	1.293	1.063

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Octubre de 1921.
Fiebre tifoidea.....	19	23
Tifus exantemático.....	»	»
Viruela.....	32	»
Sarampión.....	5	3
Escarlatina.....	8	12
Coqueluche.....	3	2
Difteria.....	12	4
Gripe.....	53	9
Otras epidémicas.....	5	2
Tuberculosis pulmonar.....	145	107
Ídem meníngea.....	8	13
Otras tuberculosis.....	24	32
Cancerosas.....	64	56
Meningitis.....	57	48
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	55	44
Orgánicas del corazón.....	92	82
Bronquitis aguda.....	37	35
Ídem crónica.....	32	17
Pulmonía.....	36	15
Broncopneumonía y otras.....	123	58
Enteritis (menores de dos años).....	74	110
Apendicitis y tífis.....	3	5
Hernias y obstrucciones.....	14	10
Cirrosis hepática.....	14	10
Nefritis.....	43	40
Septicemia puerperal.....	7	9
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	38	38
Senectud.....	36	23
Otras enfermedades.....	254	256
TOTAL.....	1.293	1.063

LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI
que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras, Laboratorio Pesqui. Prim, 25, San Sebastián.

Varones.....	582
Hembras.....	481
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	41,71
Idem íd. en Octubre de 1921.....	34,29
Idem íd. en Septiembre de 1921.....	32,90

Observaciones.

La mortalidad de Octubre ha sido inferior á la registrada en igual mes los nueve años anteriores.

La escarlatina, sin dejar de ser esporádica, acusa un pequeño aumento.

Las enteritis de los menores de dos años descienden con más lentitud que otros años, conservando cifras más elevadas que el promedio correspondiente.

La fiebre tifoidea ha causado 23 defunciones; 2, en transeuntes sin domicilio. En los distritos de Centro, Buenavista, Palacio y Universidad, 4 en cada uno; en Hospicio, Congreso, Hospital, Inclusa y Latina, uno en cada demarcación, y en Chamberí ninguno.

Nacieron vivos 1.623.

LUIS LASBENNES

Crónicas.

Interesante á nuestros suscriptores. — Estando preparados los giros contra aquellos suscriptores que aún están en descubierto por el corriente año se lo advertimos por si prefieren hacer el abono por giro postal ó sellos de correos descontando los gastos de envío, pues de lo contrario nos veremos obligado á cargarles una peseta por los gastos que nos supone la letra y quebrantos del banquero.

Las conferencias del Dr. Wolff Eisner. — Al despedirse de Madrid este profesor nos rogó le remitiésemos los apuntes de sus conferencias para repasarlos y añadir algunas observaciones. En vista de ello suspendemos la publicación de las mismas hasta dentro de unos números.

Nuestros lectores perdonarán este retraso en gracia á la mayor precisión de la información.

De la lucha contra la tuberculosis. — Con asistencia del notario de esta corte D. Anastasio Herrero, se ha levantado un acta en la que se comprueba que el talonario de recibos al que pertenecía el núm. 13316 correspondiente al del premio mayor del último sorteo de la Lotería Nacional de Octubre, estaba sin vender por la Junta de Señoras del Real Patronato Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia, y, por consiguiente, el collar de perlas que se rifaba en combinación con el indicado sorteo, ha quedado sin adjudicar.

La Casa Ansorena Hijos, en atención al fin benéfico indicado, ha adquirido de nuevo el collar por el mismo precio que lo vendió, y la Junta de Señoras ha podido, por tanto, obtener un beneficio líquido de más de 85.000 pesetas (papeletas vendidas y devolución del collar deducidos los impuestos), cuya cantidad se destina á los Sanatorios antituberculosos de Húmera y Valdelatas, conforme se había pensado al iniciar la rifa.

En el Hospital de la Cruz Roja. — El día 10, por la mañana, visitaron la Reina, el príncipe de Asturias y las infantas doña Beatriz y doña Cristina el Hospital de la Cruz Roja.

Cursos breves. Los doctores García Casal (dermosifiliógrafo), Aráuz (urólogo) y Pascual (análisis) darán un curso de veinte lecciones sobre diagnóstico y tratamiento de las enfermedades venéreas y sifilíticas con prácticas de endoscopia y análisis clínicos.

La matrícula será gratuita, y el número máximo de

alumnos, diez, y se harán en el Instituto Dermo-Sifiliográfico, calle de Mesonero Romanos, núm. 12.

Del Congreso de estudiantes. — El día 12 llegaron de Barcelona, procedentes de Francia, donde han representado á España en el Congreso de estudiantes celebrado en Montpellier, la doctora Elisa Soriano, de la Facultad de Medicina de Madrid, y María Pardant, de la Facultad de Farmacia de Madrid, presidenta y secretaria, respectivamente, de la Juventud universitaria feminista.

Ambas señoritas se proponen pasar unos días en Barcelona, para dejar constituido el Grupo universitario feminista.

Vacunación antitifoídica de los reclutas. — El *Diario Oficial del Ministerio de la Guerra* publicó el día 9 la siguiente Real orden:

«El Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer se lleve á cabo, con carácter obligatorio, en los reclutas del reemplazo del año actual que se incorporen á filas en la próxima concentración, la vacunación antitifoídica con la vacuna T. A. B. número 2 de Vincent, á cuyo efecto, los jefes de Sanidad Militar de las plazas harán los pedidos directamente al Instituto de Higiene Militar, expresando el número de individuos á vacunar.»

Los equipos quirúrgicos. — Por Real orden fecha 8 del Ministerio de la Guerra, ha sido aprobada la constitución de los equipos quirúrgicos 15 al 21, ambos inclusive, y la reorganización de los designados con los números 3, 11, 12, 13 y 14.

Al mismo tiempo se dispone que el personal destinado en los equipos ya constituidos permanezca en los mismos, aun cuando les corresponda por su turno servir en unidades expedicionarias del ejército de Africa, sin perjuicio de incorporarse al punto que le hubiera correspondido, cuando por cualquier circunstancia dejara de pertenecer á las agrupaciones referidas. También se hace constar que continúa en vigor la Real orden circular de 14 de Septiembre último, para el nombramiento de los auxiliares que han de formar parte de los equipos pendientes de organización.

La salud en Melilla. — En el Ministerio de la Guerra facilitaron el día 8 la siguiente nota oficiosa:

«Es inexacto lo que un periódico afirma de que aumenten las enfermedades en Melilla en las tropas expedicionarias, y que carezcan éstas de tiendas y ropas.

El ejército está provisto de lo necesario, y se completarán y se perfeccionarán los servicios y cuanto exige la posible comodidad de nuestras tropas en la vida de campaña que hacen.»

Real Dispensario Antituberculoso María Cristina — La Escuela Española de Tisiología abre un curso breve y gratuito, para médicos y alumnos de último año de Medicina, sobre «Diagnóstico y tratamientos científicos de la tuberculosis pulmonar», bajo la dirección del Dr. Verdes Montenegro y con la colaboración de los doctores López Durán, Costa, Sousa, Navarro, Triviño, Cerveró, Ubeda, etc.

El curso se verificará en el Dispensario María Cristina de Madrid (Goya, 40), á cuyo administrador deben dirigirse las inscripciones.

La lección inaugural se celebró el lunes, 14.

Exposición de las enfermeras de Logroño á la Reina. — Las damas enfermeras de la Cruz Roja de la Sección de Logroño han elevado á Doña Victoria la siguiente exposición:

«Señora: Las damas enfermeras de esta Sección quieren llegarse á vuestra real presencia y, postradas ante vos, formular una demanda de justicia, que V. M. sabrá amparar como Reina, escuchar como esposa y sentir como madre.

Señora: Junto al lecho de nuestros soldaditos de Africa, que supieron ofrendar á la Patria el rojo galardón de sus heridas, se alza gentil, caritativa y buena una santa mujer: la duquesa de la Victoria. Y en los supremos momentos del morir y en los cruentos instantes de dolor, cuando las manos de aquellos héroes se alzan al cielo en petición de ayuda y sus labios se encienden de amor llamando en vano á su lejána madre, ella, la ilustre dama, noble y santa mujer, sabe

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.

tener para todos una suave caricia maternal, una dulcísima palabra de amor, que es bálsamo de paz, aliento de cariño y emocional plegaria que su alma eleva en nombre de la Patria.

Para ella, para la que en un rasgo de excelsa caridad quiso ser madre, y hermana, y novia de nuestros soldados combatientes; para la que en un gesto de suprema piedad, que fué acto de varonil heroísmo, quiso dar tierra por su propia mano á los sagrados restos de los mártires; para quien ganó el preciado nombre de «Madre Victoria», que hoy pronuncian con grande amor y con unción profunda los soldados de España; para la excelentísima señora duquesa de la Victoria, á vos, señora, como jefa suprema del Cuerpo de Enfermeras, os piden estas mujeres españolas, que sienten el grato orgullo de cubrir su pecho con el piadoso emblema de la Cruz Roja, la gran placa de honor y mérito de esta Asociación, que será sobre su corazón como una rosa florecida en el amor de España.

Logroño, 6 de Noviembre de 1921.

Señora: A. L. R. P. de V. M.»

Fallecimiento.—En San Sebastián y á los trece años de edad, falleció el día 23 de Octubre, el joven Pedro René Pesqui Gaillac, hijo de los marqueses de Gemini.

EL SIGLO MÉDICO se asocia á la desgracia de la familia del malogrado joven y la envía su sincero pésame.

Donativos para el Colegio de Huérfanos.—D. Pedro Tollo Puértolas, de Naval (Huesca), 10 pesetas.

D. Leoncio Bellido, de Lanjarón, 90 pesetas.

Este último donativo es producto de la idea realizada por algunos médicos de Aguas, muy pocos por desgracia, de invitar á aquellas personas quienes por su profesión, amistad ó parentesco, no se les cobran los derechos de reconocimiento, á que contribuyan al sostenimiento del Colegio de Huérfanos de Médicos.

Notas sanitarias de Larache.—El comandante general de Larache ha dictado estrechas órdenes sanitarias, encaminadas á evitar la propagación del tifus exantemático, de cuya enfermedad se han registrado varios casos en aquel territorio.

En los sectores avanzados se constituyen Juntas sanitarias que secundan las disposiciones dictadas.

Se ha posesionado de la Jefatura de Sanidad del territorio de Larache y de la dirección del Hospital Militar el coronel médico D. Mariano Esteban Clavillar, recientemente destinado con motivo del aumento de personal sanitario en la zona.

Universidad de Santiago. Fundación Fernández Carril.—Con arreglo á la Fundación instituida en la Universidad de Santiago por D. Antonio Fernández Carril, han de adjudicarse tres premios pecuniarios de 250 pesetas cada uno entre los alumnos de las Facultades de Derecho, Medicina y Farmacia que siendo hijos de Galicia hubiesen terminado en aquella Escuela su carrera durante el último curso y hayan obtenido mayor número de notas de sobresaliente en los estudios, con igual calificación en los ejercicios del grado de licenciado.

Los aspirantes presentarán en la secretaría general de aquella Universidad sus solicitudes acompañadas de la certificación de estudios y grado, acreditando además la circunstancia de pobreza exigida por la fundación.

El término para solicitar estos premios es el de un mes desde la fecha de aparición del anuncio en los *Boletines Oficiales* del distrito universitario.

Conferencia interesante.—El día 12 pronunció en el Ateneo de Madrid una interesante conferencia el concejal Sr. García Cortés, sobre el tema: «El saneamiento de Madrid».

En su discurso hizo consideraciones muy acertadas sobre las buenas condiciones higiénicas desaprovechadas de la capital de España, en la que estadísticamente se registran cifras de mortalidad que por relatividad no ha acusado ninguna población europea de importancia.

Censuró principalmente al Municipio y le señaló como primer culpable de la inobservancia de las normas de higiene y de la falta de servicios sanitarios y subsidiariamente al Estado y al mismo vecindario.

Expuso un plan de saneamiento de Madrid, principalmente de los suburbios en que no se conoce el alcantarillado, y para cuyo desarrollo sería necesaria una cifra de 23.000.000 de pesetas.

El orador fué muy aplaudido.

Sociedad de Pediatría. Inauguración del curso.—El día 10, y bajo la presidencia del infante D. Luis Fernando de Baviera, inspector médico de Sanidad Militar, se celebró en el Colegio de Médicos la sesión inaugural de curso de la Sociedad de Pediatría.

El Dr. Arquellada, presidente de la Sociedad, leyó un interesantísimo discurso sobre el estudio del encefalocele, y en nombre de la entidad hizo entrega al infante de Baviera del título de Socio honorario de la Corporación. A continuación el Dr. García Martínez leyó la Memoria del curso anterior.

El infante D. Luis Fernando pronunció un elocuente discurso enaltecedor de la ciencia médica española, de sus profesores, del Cuerpo de Sanidad Militar y de los heroicos compañeros que luchan y mueren en Marruecos, terminando con la manifestación de su agradecimiento por la distinción de que le hacía objeto la Sociedad de Pediatría.

Tanto el infante como el Dr. Arquellada fueron muy aplaudidos al final de sus discursos.

La peste en Australia.—Un parte de Londres dice que comunican de Melbourne que la epidemia de peste está haciendo estragos en el interior de Australia, habiéndose registrado hoy 29 defunciones de 50 casos de peste.

Oposiciones á médicos de Sanidad Militar.—La Editorial Campos, Princesa, 14, ha dado comienzo á la publicación de unos apuntes, conforme al nuevo programa, que se adquieren por suscripción, previo pago de 75 pesetas, y estarán terminados antes del comienzo de los ejercicios.

También tiene apuntes y programas para las demás oposiciones médicas.

Bioplastina Sersono.—Al presente número acompañamos un prospecto del Instituto Nazionale Medico Farmacologico, de Roma (representante en España: Luis Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona), cuya lectura recomendamos.

Al presente número acompañamos un prospecto de la Casa Bayer y C.^o (Apartado 280), de Barcelona, sobre la **Candolina Bayer**, cuya lectura recomendamos.



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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

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

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

SOLUCION BENEDICTO

Gilcero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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