

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 BIMENO Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ			
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.	J. SANCHIS SANUS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
J. CODINA CASTELVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	J. BOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inocua y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	S. PASCUAL Y RIOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. HUERTAS Del Hospital General. Académico de la de Medicina.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.		

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Oleola española.—Arquivo 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: Homenaje á Jenner, por D. Joaquín Salvatella, ministro de Instrucción Pública.—Miocarditis sífilítica precoz, por el Dr. D. Eleuterio Mañueco Villapatierna.—Traumatismos craneocerebrales, por Vicente Filigo Tato.—Investigaciones sobre la acción de la ventosa Barraquer en el cristalino durante la extracción total de la catarata, por el Dr. Leonhard Koeppe.—Periódicos médicos.

HOMENAJE A JENNER

POR

D. JOAQUÍN SALVATELLA

Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Señor, señoras, señores:

En el centenario de la muerte de Jenner, la Real Academia de Medicina ha estado muy atenta al cumplimiento de sus altos fines, organizando este acto á la memoria del ilustre médico y naturalista inglés.

Ha llevado á cabo su misión de un modo brillante, trayendo al acto de hoy las palabras de un poeta nuestro de la última centuria, que ya supo hacer arder su inspiración en la gloria de Jenner, y trayendo á unos cuantos de nuestros más ilustres hombres de ciencia del día, para enaltecer debidamente la memoria de aquel sabio.

Era natural que S. M. el Rey honrase con su presencia la ceremonia, y naturalísimo que su Gobierno se honrase acompañándole.

Hay que registrar la presencia del señor emba-

jador de la Gran Bretaña, que por cierto, en un exceso de amabilidad para mi persona, ha tenido la bondad de encargarme que en nombre suyo os salude y asegure que transmitirá á su patria la satisfacción que le produce este acto.

Es de celebrar, por muchos conceptos, la presencia del señor embajador de la Gran Bretaña. ¡Al mismo tiempo que á Jenner honramos á su país! Los pueblos no suelen producir grandes acciones, sino grandes individuos, y al pasar la vista por los nombres de ellos, que constituyen, como dijo un filósofo, el índice de la Humanidad, vamos afirmando la gratitud que les debemos. Al recordar á Jenner, teniendo entre nosotros al representante de la Gran Bretaña, honramos en él á su país, y nos honramos á nosotros mismos. Y sentimos la satisfacción de que pueda ver que éste no es un país de analfabetos, que no esté en condiciones de ponerse en contacto con las grandes figuras presentes y pasadas de la ciencia.

Por lo que se refiere á la figura de Jenner, hasta un pequeño detalle indica la parte que España tomó en su gloria:

Entre las varias formas de la gratitud de su

pueblo, una de las que en Londres mejor conmemoran la obra imperecedera de Jenner es la obra de un escultor español, Monteverde.

Pero ¿qué más? La palabra elocuente y vibrante del conde de Gimeno ha evocado la figura de Balmis, y evocando la figura de Balmis se evoca á España. ¡Eso es toda España! A la hora en que el inventor encuentra, aun entre los hombres cultos, tenaz oposición, en que es discutido y combatido su descubrimiento, en que masas enteras se levantan contra él, á pesar de la comprobación científica, no permitiendo que se lleve á su brazo la salvación, un español sale de España para ir á imponer el descubrimiento científico á pueblos incultos, en los que tendrá que luchar para que lleguen á estimar el bien que les lleva.

¡Esa es España. Tendrá, como todos los pueblos, defectos; pero tiene un alma tan grande, que sabe expandirse y extenderse por todo el mundo, llevando con el nombre santo de la Patria, siempre algo que dejar, un bien que hacer, una civilización que implantar, por lo cual nunca será borrada de la historia de la Humanidad, por muchos que sean los errores pasados. Contra ellos hemos reaccionado, como reaccionaremos contra las desgracias, que acaso aún puedan abatirnos, pero que, templando nuestro espíritu, no son más que la garantía de un sólido y brillante porvenir en el trabajo, la ciencia y el amor universal.

Nada más. El acto es también una nueva prueba de la fatal, la indeclinable ley de la solidaridad humana. Cuando se quiere conmemorar figuras como la de Jenner, nos encontramos mezclados, confundidos, los hombres de todos los pueblos y naciones; todos hemos comprendido su obra, la hemos propagado, sabemos aprovecharnos de ella. Contra el concepto filosófico de la vida, que cree que ésta es sólo una sensibilidad, que se va consumiendo en el dolor y en el placer, se va afirmando la suprema inteligencia que abre caminos de perfección y de paz, y las generaciones reciben el tesoro de las anteriores y lo aumentan, legándolo á las futuras, y en esta obra no cuentan Inglaterra, ni España; cada nación se enorgullece de sus obras particulares, pero todas ellas completan el fin de contribuir á una obra noblemente humana.

De la clínica de enfermedades sifilíticas y de la piel del Dr. Mañueco, en el Hospital de San Juan de Dios.

MIOCARDITIS SIFILÍTICA PRECOZ

POR EL

DR. D. ELEUTERIO MAÑUECO VILLAPADIERNA

Jefe de dicho servicio.

Un caso de esta afección que tengo actualmente en el pabellón, ha hecho fijar mi atención en este interesante asunto de la patología cardíaca. Tengo la idea de que esta afección se presenta con más frecuencia de lo que generalmente se cree; pero como la mayoría de las veces con el tratamiento generalmente empleado desaparece, no la concedemos toda la atención que merece. Autores competentes en patología cardíaca y que han estudiado detenidamente el estado del corazón en el principio del período secundario de la sífilis, aseguran que en los enfermos observados han podido demostrar que la función normal de este órgano estaba alterada, por lo menos, en las dos terceras partes de los casos examinados. Este solo dato que interesa igualmente á los cardiopatas y á los sifiliógrafos, justifica el que me ocupe de este asunto con algún detalle.

Solamente desde hace algunos decenios es cuando se ha conseguido aclarar la relación indudable que existe entre la sífilis y las cardiopatías. Las investigaciones anatómicas y experimentales, unidas á los hechos clínicos, no dejan lugar á duda de la parte que toma la sífilis en muchas afecciones del corazón. Esta doctrina hoy ya admitida por los principales cardiopatas no ha dejado de costar trabajo su propagación, pues hace pocos años era cosa corriente considerar como una gran rareza la sífilis cardíaca, y no hay que decir si esto tiene importancia sabiendo la eficacia que la terapéutica tiene en estos casos. La reacción de Wassermann ha contribuido grandemente á aclarar muchos puntos oscuros de la patología cardíaca y á diagnosticar casos de degeneración de la fibra muscular, del miocardio, cuya causa pasaba antes completamente desapercibida á los cardiopatas. Así como la sífilis de los vasos estaba perfectamente estudiada, la del corazón dejaba bastante que desear, y sólo modernamente á beneficio de los descubrimientos hechos en nuestra especialidad se han podido aclarar una serie de hechos que dan á la sífilis cardíaca el carácter de una doctrina apoyada en hechos que hacen considerar como lejanos, aquéllos tiempos en que sólo por presentimientos se diagnosticaba la sífilis del corazón, fundándose únicamente en la presencia de lesiones de este género en otros órganos,

El corazón puede ser afectado de lesiones producidas por la sífilis en todos los estadios de esta enfermedad. El tipo de las lesiones corresponde al período de la enfermedad; pero como en los demás órganos, las lesiones cardíacas específicas pueden ser precoces, tardías y congénitas. Yo me voy á ocupar sólo de las pri-

meras y de éstas, para no alargar este trabajo, á las que afectan sólo el miocardio.

Ya Fournier, en 1873, nos habla en sus lecciones de investigaciones sistemáticas hechas en sífilíticos secundarios en los que pudo comprobar palpitations, arritmias y cambios en la amplitud del pulso, y tiene por indudable que la sífilis en período secundario produce trastornos circulatorios, pero que éstos no pueden referirse á lesión cardíaca, sino más bién á alteraciones nerviosas (d'ordre dynamique), opinión que fué apoyada entonces por varios autores. Pero poco tiempo después menciona ya Mracek, aunque como una rareza, lesiones orgánicas del corazón producidas por la sífilis secundaria, halladas en las autopsias de individuos fallecidos por otra causa. La mayoría de lesiones sífilíticas cardíacas descritas por aquella época se refieren á lesiones tardías. En muchos libros de sífilis las cardiopatías precoces apenas son mencionadas, y es necesario llegar á nuestra época para encontrar en el de Finger algunas breves observaciones relacionadas con esta afección. También Lang afirma en sus lecciones sobre Patología y Terapéutica de la sífilis, editada en Wiesbaden, que el corazón puede ser atacado por la sífilis en el principio del período secundario.

En 1904 estando yo en Berlín tuve ocasión de asistir al Congreso internacional de Dermatología que se celebró en aquella capital. En él, Renvers, director de la Clínica Médica de Moabit, y uno de los oradores médicos más flúido y elocuentes de los que oí en los tres años que estuve en Alemania, hizo una comunicación sumamente interesante acerca de la miocarditis sífilítica precoz. Admitió dos variedades.

La primera consiste en alteraciones parenquimatosas del músculo cardíaco de origen tóxico caracterizadas por gran excitabilidad, seguida de cansancio pronto del músculo, manifestada por bradicardia ó taquicardia que solamente después de largo tiempo de descanso desaparece. La segunda está constituida por focos de degeneración intersticial que destruyen la fibra muscular y aumentan grandemente el tejido conjuntivo del músculo cardíaco, participando también de este proceso los capilares, las arterias y las venas. Los síntomas clínicos dependen, naturalmente, de la extensión de la lesión. Mientras que los casos de la primera variedad pueden considerarse sólo como de alteración funcional, los de la segunda constituyen ya una lesión orgánica; pero tanto unos como otros curan, generalmente, sin dejar en pos de sí trastornos cardíacos de ningún género.

Pero el trabajo más completo que yo conozco acerca del asunto es el de Grassmann. Este examinó y observó ulteriormente 288 sífilíticos en el principio del período secundario, y encontró que en las dos terceras partes de los casos (la mayoría mujeres) se demuestran alteraciones del corazón que varían entre trastornos funcionales insignificantes, hasta una insuficiencia cardíaca manifiesta. En casi todos los casos en que había trastornos subjetivos, pudo comprobar también alteraciones orgánicas que acompañaban y determinaban éstos. Las más frecuentes eran las alteraciones del

pulso, arritmias, mayor frecuencia, lentitud y síntomas de estenocardia. En el 40 por 100 de sus casos encontró Grassmann soplos en los focos de auscultación. La hemoglobina estaba disminuída en todos los casos. Y en la mayoría se comprobó el benéfico influjo que sobre estas lesiones determina el tratamiento específico.

Otro tanto refiere Braun en el trabajo que hizo en la Clínica de Finger en Viena, en el que examinó detenidamente 100 casos, encontrando las dos terceras partes con síntomas más ó menos acentuados de trastornos cardíacos.

El caso que yo he tenido ocasión de observar es el siguiente: Mujer de veinticuatro años, de Madrid, pero criada en Galicia. A los doce años escrofulismo, por lo que fué llevada á la orilla del mar. Más tarde reumatismo, del cual curó bien, y sin que por entonces hubiera nada de corazón. Leucoma adherente en el ojo izquierdo por perforación de la córnea y hernia del iris. Amenorreica hasta los veintidós años. Sífilis grave, á los veintitrés. Ingresó con pápulas húmedas en los genitales externos, placas fisurarias y una adenitis poliganglionar que determinaba ligera reacción febril. Estado general, malo. El pulso pequeño y poco perceptible. Tensión arterial con el Riva-Roci 90. Número de pulsaciones, 114. Respiración, 24. Latido punta quinto espacio intercostal. Se percibe difícilmente. No hay soplos ni aumento de macidez, ni arritmia, ni ruidos anormales. Existen palpitations, sensación de angustia y fatiga de esfuerzo. El trazado esfigmográfico no demuestra más que la pequeñez del pulso. En la orina nada anormal. Sistema nervioso bien.

Diagnóstico.—Sífilis grave en un organismo empobrecido que afecta el miocardio produciendo una miocarditis de tipo tóxico parenquimatoso con alteración funcional de la fibra muscular que determina excitación y fatiga de esfuerzo, pequeñez de pulso y cansancio del corazón. Como la afección sobrevino en el período florido de una sífilis grave, y como la sífilis databa de muy poco tiempo (dos meses), no había que pensar en miocarditis intersticial, ni en afección muscular orgánica con formación de tejido conjuntivo, en capilares, venas, ni arterias, ni mucho menos en miocarditis fibrosa, gomas, endocarditis, ni pericarditis, que vienen en períodos más avanzados de la sífilis y que tienen otros síntomas. Tampoco podía atribuirse esta afección al reumatismo que había pasado hacía mucho tiempo, ni á tabaco, alcohol, ni á enfermedades infecciosas que no existieron. Por lo tanto, sólo á la sífilis eran imputables los trastornos que presentaba la enferma, y esto lo demostró de un modo claro la Terapéutica. Un tratamiento á base de neosalvarsán y sales mercuriales solubles al principio (neosaurol), y después insolubles, hizo desaparecer todo ese cuadro sintomático y que la enferma de la clínica saliera curada.

Este caso demuestra, á mi modo de ver, que existen casos de miocarditis sífilítica precoz, sobre los cuales hay necesidad de llamar la atención, pues sabida es la tenacidad con que las mujeres niegan toda relación de sus molestias con la sífilis. Eso cuando lo saben, pues muchas de ellas lo ignoran, porque la afección

primaria en la mujer pasa casi siempre desapercibida, y si se trata de una sífilis con pocos síntomas, de no hacer sistemáticamente la reacción de Wassermann, muy bien puede pasar desapercibida. Además, los maridos, causa muchas veces de la afección, creen que las cosas de corazón nada tienen que ver con la sífilis. Y como el tratamiento específico en estos casos tiene una importancia capital para evitar que una lesión curable en tiempo oportuno se convierta en incurable, por eso me ha parecido de alguna utilidad publicar este caso. De todas las afecciones de corazón de origen sífilítico, las más frecuentes son las miocarditis precoces, pero pasan muchas veces desapercibidas, porque el tratamiento oportuno las hace desaparecer. Es indudable que muchas transcurren casi sin síntomas, y por eso no son diagnosticables. Y como estos enfermos se someten á tratamiento y se curan, se explica que muchos anatomopatólogos no hayan visto lesiones de éstas en la autopsias, y por eso las describen muy someramente en sus obras.

Clínicamente tenemos en la reacción de Wassermann un apoyo con el que antes no podíamos contar para resolver nuestras dudas cuando los síntomas sean escasos, y el tratamiento nos demostrará rápidamente que mejoran estos enfermos, como pude comprobarlo en el caso que he historiado.

TRAUMATISMOS CRANEOCEREBRALES (1)

POR

VICENTE FIDALGO TATO

Médico titular jubilado del Ayuntamiento de San Pedro Abanto y Ciérvana (Vizcaya) y del Hospital minero de Triano.

Hay que estar muy vigilante á la marcha del proceso de reparación, para recurrir á los injertos en la forma que hemos expuesto anteriormente. Si la pérdida de substancia ósea no es muy extensa puede esperarse su regeneración espontánea, como en una trepanación que practiqué en el hospital minero de Triano, hace algunos años, á Domingo Belín; rellenaba por completo de hueso el hueco. Otras veces la pérdida de substancia ósea se recubre de una lámina fibrosa adherente, á manera de puente; también se puede recurrir para recubrir la pérdida ósea á los procedimientos de osteoplastia que ponen el cerebro al abrigo de violencias externas, ó al empleo de prótesis de resultado dudoso.

Nunca insistiré bastante en los procedimientos de asepsia y antisepsia sobre el cuero cabelludo, ni en recomendar hasta la terquedad que las heridas pericraneanas de regular importancia, se deben rasurar siempre varios centímetros alrededor de la lesión, y si se afeita toda la cabeza, mejor. Ni debe olvidarse de inyectar en toda clase de heridas en la cabeza, particularmente en las contusas y de arma de fuego, el suero antitetánico.

(1) Véase el número anterior.

HERIDAS POR ARMA DE FUEGO

Las heridas por armas de fuego entran en la categoría de heridas contusas. Lo corriente es que nos encontremos en presencia de heridas producidas por proyectiles de pequeño calibre y pequeña fuerza de penetración.

En esta zona minera hemos tenido muchos casos, que me he visto obligado á asistir como propinas de la titular, que han atravesado el cuero cabelludo deteniéndose en el esqueleto craneano; por ejemplo, el intento de suicidio de N. Santaolalla y de D. R. Unzaga. Los de atentados personales, por armas de fuego de poca fuerza, sin penetración, han sido innumerables.

Lo mismo ocurre con los proyectiles de guerra al término de su trayectoria, que sólo interesan las partes blandas pericraneanas.

Los efectos causados por los proyectiles son variables; se traduce unas veces por un simple desgarró, ó un surco á cielo abierto, otras con orificio de salida, muy distinto del punto de entrada, contorneando el cráneo sin penetrarle. He tenido ocasión de ver en mi larga práctica rural proyectiles que han chocado contra la región temporal, que han resbalado dificultando los movimientos del maxilar, hasta su extracción, quedando algunos otros aplastados en la misma región, en cráneos duros y resistentes.

Las heridas por armas de fuego están frecuentemente manchadas por cuerpos extraños, cabellos, restos de la cubierta de la cabeza, fragmentos, que aparecen en los puntos más lejanos de la puerta de entrada.

La sintomatología (cuando no hay penetración) es generalmente benigna; se hace el diagnóstico por el orificio de penetración de la bala, de forma circular, de bordes irregulares, edematosos y manchados—al disparar de cerca—por la pólvora; algunas veces aparecen consecutivamente neuralgias rebeldes provocadas por las lesiones de los filetes nerviosos.

Un punto merece fijar la atención respecto al diagnóstico, y este es, si el proyectil al chocar en la cabeza descansa en los tejidos blandos ó perfora la pared ósea el cráneo para penetrar en la substancia cerebral. Si se trata del caso de signos terminantes, de localizaciones cerebrales, heridas, ó de trastornos nerviosos claros, no queda ninguna duda de la penetración profunda del proyectil; otras veces el estado del herido es satisfactorio, no obstante haber sido lesionada la substancia cerebral, que nada hace sospechar la lesión nerviosa profunda. En semejante caso la radiografía es la llamada á dar preciosas enseñanzas sobre el domicilio del proyectil. En la última guerra europea se han atravesado zonas tolerantes de la substancia cerebral con bala; pues los lóbulos frontales atravesados se han curado satisfactoriamente.

A falta de radiografía es preciso una inspección comparativa de zonas, y en donde se perciba una elevación anormal de los tejidos, distante del punto de entrada, corroborada la dureza por el tacto, allí se puede señalar la presencia del proyectil, como la consistencia normal de los tejidos explorados es un importante dato

negativo. En caso negativo se pueden valer en la exploración de un estilete romo como el de Nélaton, por el orificio de entrada, dándonos la sensación del cuerpo extraño. No me satisface la exploración por medio del estilete, aun procediendo con mucha prudencia; excuso repetir que ha de ser perfecta la esterilización del estilete empleado y la desinfección de la región; no vayamos á propagar la infección á las partes profundas.

El tratamiento no tiene nada de especial, si se deja en su sitio, limitándose á una cura aséptica por oclusión. Lo mejor es proceder á su extracción, precisada su localización, por el tacto, ó por los rayos X.

Si diera señales de infección, el trayecto se debe abrir con una sonda acanalada, curándole por segunda intención.

El arrancamiento del cuero cabelludo y las quemaduras en el mismo, me considero relevado de describirlas, por ser poco frecuentes en la zona minera de Vizcaya; además, esta Memoria sería de excesivas proporciones.

Las operaciones de la cavidad craneana que resultan normalmente asépticas, se pueden demorar y aun practicar la abstención, si el cuerpo extraño es tolerado y está enquistado, para cortar el riesgo de propagar la infección, á través de la cavidad séptica, cuya intervención y la de los vasos es de urgencia, según Martel.

REGIONES FRONTOPARIETALES Y LOCALIZACIONES DEL LENGUAJE

Las relaciones en las regiones frontoparietales y las manifestaciones del lenguaje en algunas de sus principales modalidades son tan íntimas, que he creído oportuno consignar algunos hechos de observación personal.

Domingo Ollo, natural de Puente de la Reina (Navarra), pariente del renombrado general carlista don N. Ollo, herido de muerte en Sanfuentes, á la vista del Hospital de Triano, de cuarenta y cinco años de edad, de estado soltero, vecino de La Reineta (Vizcaya), trabajando en la mina *Unión*, el día 2 de Enero de 1914, una manivela ó manilla de la maniobra en que prestaba servicio, se le escapó y pegó en la región parietal izquierda, produciéndole una herida contusa, con hundimiento de la citada región.

Según informes verídicos de los compañeros de trabajo, quedó tendido en el suelo sin sentido como muerto, llevándole al Hospital Minero de Matamoros, donde ingresó. (Durante su estancia en aquel Hospital se le pidió la historia clínica y no la remitieron.)

El día 11 de Enero de 1914 fué trasladado al hospital minero de Triano, presentando en el acto del ingreso afasia completa; ptosis del párpado izquierdo.

La herida contusa que se asentaba sobre la región frontoparietotemporal izquierda hundida, manaba pus, indicio del poco esmero en las curas, que por ser reciente debiera matenerse aséptica, que en todos los traumatismos tienen gran influencia sobre el curso ulterior y muy especialmente en las lesiones craneanas, por las terribles complicaciones, principalmente el absceso cerebral.

La extensión de la lesión revela la intensidad del traumatismo, que debió de dejarle y de hecho le dejó derribado en tierra sin conocimiento por la conmoción y compresión cerebral, dando pruebas de vida, además de la sensibilidad, por la respiración y el pulso.

Según informó un compañero de trabajo, se mantuvo en este estado de aletargamiento durante tres días.

A nuestra observación al ingreso en el hospital minero de Triano presentaba la afasia característica ó pérdida de la palabra de los antiguamente lesionados en la circunvolución de Broca; contesta á todas las preguntas que se le hacen con el monosílabo bo... bo... bo... dando á comprender que los entiende, pues aunque sea natural, torpe y obscura la percepción, logra entender y fijarse en todo lo que se le ordena con insistencia, después de varias repeticiones y rectificaciones, como, por ejemplo, al ordenarle que levante el brazo derecho ó izquierdo, ó los dos miembros inferiores, lo ejecuta después de algún tiempo, aun cuando alguna vez se equivoca; al llamarle la atención en el error en que incurre, cae después de algún tiempo en la cuenta y rectifica el error padecido. También ve los objetos, y al distinguir los colores como hemos visto, al rogarle colecciona los papeles por sus colores.

Para entendernos con él nos valemos de la escritura, así nos puso su nombre y apellido, sólo que al escribir le cuesta algún trabajo el recordarse algunas letras. Por ejemplo, al escribir Domingo titubea en poner el punto de la i entre aquella letra y otras, repitiendo algunas veces la sílaba in, y haciendo separaciones entre las diferentes partes del nombre, que al llamarle la atención de la rara manera de escribir recapacita y después de reflexionar escribe bien el nombre aunque con algunas dificultades.

En cambio, el apellido le escribe con rapidez y corrección, oye lo que se le dice, y ve lo que se le pone de manifiesto, si bien en todo es con dificultad y lentamente, estando los sentidos obtusos, que es preciso avivar con repeticiones.

Al entrar en el hospital en seguida se orienta de las cosas que pueden satisfacer sus necesidades y le enseña el inodoro que utiliza cuando le conviene, anda firme sin vacilación alguna por la sala, y por señas y luego por la escritura comienza á entenderse con sus compañeros.

Duerme bien, la temperatura no pasa de 37° y se alimenta con leche y caldo.

Aparentemente presenta parálisis de la mitad izquierda de la cara, como si estuviese comprimido el facial, con relieve de los músculos que dan expresión al rostro, ptosis ó caída del párpado superior, estrabismo externo, así como si estuviese afectado el motor ocular común, y algunas veces se escapan gotas de saliva por la comisura izquierda, un tanto retraída; pero observado con profunda atención, la parálisis no es superficial, sino profunda, y no es del mismo lado, sino del opuesto, pues los músculos elevadores del labio superior hacen relieve en el lado izquierdo y no en el derecho, la parálisis es incompleta y no es superficial, sino del fa-

cial profundo; por esto la inmovilidad está en el lado derecho.

Según nos informan los compañeros de trabajo y conocidos, el ojo izquierdo lo tenía cerrado y era desigual antes de lesionarse, como si fuera tuerto.

A nuestra observación hacía esfuerzos inauditos para hablar y entenderse con los que le rodeaban, pero resulta realmente inaudito que diga un empleado del hospital de la Arboleda, que estos esfuerzos hacía desde el primer instante, cuando no podía ser ni es por lo tanto verdad.

El día 12 de Enero de 1914 se le administró un purgante, que le produjo bastante efecto, rasurando y desinfectando la mitad izquierda de la cabeza.

El día 13 de Enero de 1914 se le practicó la operación de la trepanación, previa anestesia general con el cloroformo, que fué incompleta, con gran excitación que denunciaba su vida intemperante, de alcoholismo, pues según los compañeros era de hábitos corrientes.

Con la pinza de secuestros se le extrajeron trozos extensos de la fosa temporal, que se conservan y se podían medir, que se asentaban sobre la clásica circunvolución de Broca, tercera frontal y parietal ascendentes; sobre la zona de Wernicke, constituida por la parietal inferior, el pliegue curvo y la primera temporal. El hundimiento óseo era tan extenso, que no sólo comprendía la región escamosa del temporal, sino que se extendía á la base y fosa posterior.

Las meninges se encontraban desgarradas en algunos puntos, por donde asomaba en atrición la sustancia cerebral.

Separados con la pinza de secuestros los fragmentos óseos hundidos, enderezados y reintegrados los que se conservaban, adherencias y vidas, biselados con la cucharilla los rebordes ásperos y cortantes, y extraídos los coágulos, se escindió la superficie de la herida y se procedió á suturar los colgajos con crín de Florencia, dejando en el borde inferior un tubo de desagüe de goma, cubierto todo con gasa esterilizada y almohadilla.

No tuvo temperaturas mayores de 37° y tampoco vómitos.

Al día siguiente se le renovó el apósito y seguía en el mismo estado la afasia, continuando con el monótono Bo... Bo... Bo...

El día 20 de Enero de 1914 se le quitó el tubo de desagüe, continúa la afasia, y se le sobreentiende ó percibe alguna palabra monosilábica, como sí, que sin querer pronunciaba. Entiende lo que se le pregunta, pero continúa con dificultad de leer lo escrito y mucho más de escribir lo que se le pregunta, y solo escribe con relativa facilidad su nombre, ya sea por lo frecuente, ya porque la escritura le resulte difícil.

El día 27 de Enero de 1914 se le quitaron los puntos de sutura, sin que la afasia mejorase de un modo visible.

En uno de estos días se presentó el secretario del Juzgado municipal á tomarle declaración, y como no le entendía en sus manifestaciones se insolentó contra él, revelando mal genio y mal humor el *Olla*, y en forma destemplada é impulsiva intentó acometer contra

lo acostumbrado, pues decían los compañeros, que aun en los abusos de bebidas, era de carácter apacible.

Se le comprenden algunas palabras de no, sí, sin relación con lo que se le pregunta. Le dijimos que si se disgustaba con el secretario le llevaría detenido y contestó: Quiá.

El día 7 de Febrero se exasperó ó exaltó con los compañeros y empleados del hospital, desconociendo el motivo, que algunos achacaron á exceso de bebida, tomando armas de una carpintería, sin duda con el propósito de acometerles, de las que fué despojado por un empleado; por la noche luchaba tercamente en salir de alta á esta hora intempestiva. Al día siguiente salió de alta para su domicilio de la Reineta (Vizcaya).

El día 17 de Marzo de 1914, volvió de visita por el hospital de Triano y parece que había adelantado algo en la pronunciación.

Posteriormente ha vuelto y hacía progresos en la pronunciación de palabras.

No le volvimos á ver, pero hemos sabido con satisfacción que su patrono D. José María Martínez de las Rivas, patrono minero, excepcionalmente generoso, le había pagado con amplitud la incapacidad para el trabajo.

FRACTURA DE LA FOSA TEMPORAL IZQUIERDA Y BASE DEL CRÁNEO

Observación 2.^a—Antonjo Egurrola Basabe, natural de Galdames (Vizcaya), de quince años de edad, de estado soltero, de oficio obrero, manifiesta que el día 11 de Abril de 1918, trabajando en la mina *Esperanza*, de Galdames, un caballo no se apartó á su sitio, se puso delante del vagón y precedía arrastrado por el vagón por la trinchera, le enganchó el collarón á él, golpeándole contra el hastial, dejándole sin conocimiento.

Ocurrió el accidente á las tres y media de la tarde. Fué transportado al hospital minero del Cerco, en donde quedó hasta el día siguiente por la mañana, que fué trasladado al hospital minero de Triano, en donde ingresó por la mañana.

Refiere que el día que le trajeron se dió cuenta que le llevaban al tren para transportarle á Triano.

A nuestra observación presentaba una herida contusa en la región tempoparietal izquierda, de unos cinco centímetros de extensión, con hundimiento del parietal correspondiente y porción escamosa del temporal, en dirección á la porción petrosa y oído externo. Presentaba erosiones en entrambas manos.

Se observa derrame serosanguinolento por el oído externo.

La ideación se encontraba obtusa como los sentidos conmocionados, especialmente el oído izquierdo, percibiendo perezosamente alguna palabra por el derecho.

El párpado derecho estaba completamente equimotado.

Contestaba con dificultad á las preguntas que se le hacían.

El día 12 de Abril de 1918 ingresó en el hospital minero de Triano, y tenía 36°,8 por la mañana, y por la tarde 38°.

Al ingresar tuvo vómitos. Se le dió la inyección antitetánica.

El día 13 acusó de temperatura por la mañana 37°,1, y por la tarde 37°,6.

Se le anestesió con ánimo de trepanarle, le practicamos una extensa incisión á uno y otro extremo de la herida contusa, la inferior hasta el pabellón auricular posterior, contemplamos *de visu* que el hundimiento del parietal y temporal sólo afectaba en forma de canal la lámina externa, prolongándose la fisura por la porción petrosa del temporal hacia la base; por lo tanto, no era preciso practicar la trepanación, por eso desistimos. Debe siempre efectuarse una severa economía de operaciones, la cirugía conservadora se impone, en pleno dominio de la asepsia y antisepsia, si alguna vez estuviera justificada alguna operación por especulaciones teóricas é inofensivas; jamás recibirán sanción moral, las especulaciones prácticas.

Además, no se observaron síntomas de foco, por cuanto oía con relativa agudeza por el oído derecho, pues de estar afectadas las circunvoluciones temporales izquierdas, que son los centros auditivos, necesariamente debiera haber repercutido sobre el oído opuesto.

La obtusión del oído izquierdo es debida á lesiones óseas de las paredes y órganos auriculares.

Tuvo una excelente cloroformación, como es usual en estos jóvenes, no habiéndosele reproducido los vómitos.

Hay que fijar siempre la atención en las depresiones cerebrales, y siempre que se encuentra hundimiento ó introducción de fragmentos en la substancia cerebral, aunque son muy bien tolerados por los niños, deben levantarse y operarse sin excepción, para evitar la atrofia y esclerosis cicatricial de la substancia nerviosa y los accidentes tardíos temibles; basados en estos hechos debemos aconsejar siempre la intervención en todos los casos de fragmentos hundidos, bien pronunciados, aun sin accidentes primitivos; en el caso actual, las razones de intervención, en caso de comprobar el hundimiento, eran más poderosas, por corresponder á la zona motriz.

La víspera del intento de trepanación se le dió un purgante de aceite de ricino, por estar indicados los derivativos intestinales. Se le lavaba la boca con agua oxigenada, y se le practicaba las curas antisépticas corrientes. Alimentación, leche.

El día 14 tuvo por la mañana 36°,8, y por la tarde 37°,2.

Intentamos realizar la punción el día 14, para confirmar por el líquido cefalorraquídeo el diagnóstico, que no era dudoso, y medio de tratamiento; pero fué infructuoso el intento, por no haberle doblado bien la columna lumbar, no insistiendo después en la operación de Quincke por no ser de necesidad, y continuar la mejoría franca.

La historia expuesta es de poco relieve, pero no está desprovista de interés por la otorragia izquierda, la conmoción sufrida, la importante zona aceptada y obtusión de las ideas, sin haberse comprobado paresia de los miembros derechos.

FRACTURA DEL PARIETAL IZQUIERDO

Observación 3.ª—Albino Fernández Gutiérrez, natural de Villagutiérrez (Burgos), de cincuenta y dos años de edad, de estado casado, de oficio obrero, vecino de Galdames, manifiesta que el día 4 de Septiembre de 1918, trabajando en la mina *Escarpada*, de Galdames, explotó un cartucho de dinamita al arreglar el explosivo ó tiro en el barreno, debido á causas desconocidas, pero con desgraciada frecuencia y lamentables consecuencias, tanto que á José Zolle, que estaba cargando, le destrozó el brazo derecho; demás de la explosión, una piedra lanzada con gran violencia le pegó en la región parietal izquierda, produciéndole una herida contusa que alcanzaba el hueso, derribándole al suelo sin conocimiento, durante cuatro minutos, como que le consideraban muerto, según dijeron.

Fué cogido y llevado al hospital del Cerco, en donde comprendieron tenía el cerebro trastornado, pues no funcionaba como de costumbre.

El no se dió cuenta de lo ocurrido, ni paraje en que se encontraba, si no fuera por las referencias de sus compañeros, coincidiendo esto con lo ocurrido á todos los heridos con lesiones cerebrales de cierta violencia y trascendencia.

La herida se encontraba situada en la región parietal superior izquierda en la región supero-antero-inferior, de carácter contuso, comprendía todo el cuero cabelludo y músculo adyacente hasta el parietal, sin percibir hundimiento alguno, y si una fractura fisuraria que se dirigía desde la parte superior de la región parietal, hacia la base, y que por su aspecto debía interesar todo el espesor del parietal.

Es un obrero de iniciativas nuevas, inteligente y hasta de cultura variada, había ejercido el oficio de albañil con aprovechamiento, tanto que en Galdames levantó y construyó su casa, con cemento armado, hecha toda la obra por él.

Para evitar las enfermedades que se adquieren en la escuela y otros inconvenientes, y salvar las molestias de la distancia, con malas comunicaciones, constituyó su casa en escuela doméstica en donde ha enseñado á su hijo todo el programa de la primera enseñanza, con amplitud inusitada de ciertas asignaturas, especialmente la Geografía.

Le contrariaba visiblemente la rebeldía de sus órganos á sus deseos, y la torpeza balbuciente de su palabra y su premiosa ideación.

Al llegar al hospital del Cerco de Galdames, le sorprendió el suceso de preguntarle el nombre de sus padres, recordar el nombre y no poder pronunciarlo.

También le llamó la atención que al leer cualquier escrito, conocía las letras con claridad, pero no podía asociarlas para pronunciar los nombres ú objetos que significaban; la coordinación de letras le resultaba muy difícil para poder leer, durándole esta anomalía unos diez días próximamente. La vista apenas había sufrido; el oído sólo le consideraba afectado por la debilitación general. Al poco tiempo de curado en el Cerco, ya se dió cuenta que tenía paralizado el brazo derecho y la pier-

na del mismo lado, y también se paralizaba ligeramente el lado derecho de la cara; se constituyó la hemiplejía.

Al día siguiente, fué trasladado al hospital minero de Triano, en donde observamos los síntomas susodichos, descritos por anticipado, que correspondían á la zona motora de Rolando, en su grado de intensidad media.

La afasia no era completa, más bien debemos clasificarla de afasia de Wernicke ó afasia sensorial, ó sea, el papel que juega en el hombre la parte posterior de las dos primeras circunvoluciones temporales del hemisferio izquierdo, en los derechos.

Este territorio forma una parte de la zona de Wernicke, que corresponde, además, el gyrus angular y el gyrus supramarginales, con las sudadyacentes, á todas estas circunvoluciones.

La lesión de este territorio de Wernicke produce la afasia sensorial ó afasia de Wernicke, síndrome que aparece con todos sus elementos, desde que existe una lesión limitada de la zona en cuestión.

Es un ejemplo de la ley establecido por P. Marie á propósito del fascículo piramidal.

La zona de Wernicke, como ha demostrado P. Marie, es, por excelencia, el centro intelectual del lenguaje, teniendo bajo su dependencia la comprensión de la palabra, de la lectura y de la escritura y en donde la lesión acarrea la afasia verdadera, afasia que comprende una infinita variedad de tipos clínicos, y se caracteriza clínicamente por los hechos siguientes: el lesionado, como en el caso actual, puede hablar, frecuentemente habla demasiado, mas él habla mal, como ocurrió con Albino, se embrolla al leer y al escribir.

Lo que más impresionaba en nuestro historiado, era el padecido en la emisión de las palabras, con la tartamudez de los paráliticos generales.

La historia de la afasia comienza con Broca que localiza en el pie de la tercera frontal izquierda la facultad del lenguaje articulado, y se ha propuesto llamar afemia la pérdida de esta función.

Wernicke demuestra que en la afasia la pérdida del lenguaje articulado no es, pues, todo, y distingue los afásicos puramente ó principalmente atacados en su función motriz, de los que descubre, sobre todo, la imposibilidad de identificar las impresiones auditivas verbales. En esta forma de afasia, dicha afasia sensorial, la perturbación primordial para Wernicke es la de la audición; extraña las perturbaciones consecutivas de la lectura y de la escritura; el lesionado ó enfermo no comprende las palabras que golpean sus oídos, y el lenguaje articulado es conservado.

Wernicke localiza esta forma de afasia en la primera circunvolución temporal izquierda.

Los centros rolándicos pueden ser ó estar lesionados directamente ó en su vía de transmisión, de ahí la distinción de afásicos corticales y subcorticales.

(Continuará.)

Investigaciones sobre la acción de la ventosa Barraquer en el cristalino durante la extracción total de la catarata ⁽¹⁾

POR EL

PROFESOR DR. LEONHARD KOEPPE

Pero, supuesto que—contraria nuestra primera suposición—las fuerzas en la ventosa no son paralelas, su efecto sería más ó menos uniforme en todos los elementos de la superficie del cristalino, lo que resulta tanto más probable en cuanto que, como ya se ha expuesto, la cápsula del cristalino puede considerarse como en tensión elástica uniforme en todas sus partes. Entonces las fuerzas de la ventosa son casi idénticas (2) con las normales á erigir sobre los varios elementos de superficie del cristalino.

En total obrará entonces sobre parte de la superficie del cristalino una fuerza que corresponde el valor final de la integral determinada σ en milímetro cuadrado, y que hay que multiplicar por 10 gramos por milímetro cuadrado. Con la superficie total de la parte de la cápsula que crece á causa del aumento de la presión negativa y deformación del cristalino, aumentará también, respecto á todo el cristalino, la fuerza de fijación respectivamente, hasta que se haya alcanzado el valor máximo.

2.—LA ACCIÓN ADHESIVA, Ó CAPILAR.

Como segunda, aunque secundaria, componente de fuerza, que debería desempeñar un cierto papel en la acción de la ventosa Barraquer, mencionaremos la adhesión y capilaridad de los líquidos. La capilaridad se explica por la atracción molecular ó adhesión de los particulares líquidos entre sí. Los esfuerzos recíprocos de las fuerzas moleculares para reducir la superficie de los líquidos conduce á la llamada tensión superficial.

Según que la fuerza media resultante de la adhesión y cohesión se dirija hacia la pared del vaso ó hacia dentro del líquido, éste queda con los bordes más altos ó más bajos que en el centro. Lo primero sucede cuan-

(1) Véase el número anterior.

(2) En el caso de la primera suposición, es decir, con dirección octogonal de la fuerza respecto á la proyección de la catenaria, resultaría, precisamente, para la parte mencionada de la cápsula la parábola de la cuerda, pues entonces sería:

$$\frac{dV}{dx} = p = \text{const.}$$

ó sea

$$\frac{dy}{dx} = \frac{p}{H} x$$

y para h_0 :

$$y = \frac{p}{2H} \cdot x^2$$

Pero en este último caso tenemos:

$$\frac{dV_x}{ds} = p = \text{const.}$$

$$\frac{dy}{dx} = \frac{1}{2} \left(e^{\frac{x}{m}} - e^{-\frac{x}{m}} \right)$$

esto es: la catenaria.

do la adhesión del líquido con respecto á la pared del vaso es más fuerte que la cohesión. Lo segundo sucede cuando es al revés.

La curvatura de la superficie del líquido causada por la adhesión y la capilaridad eleva á aquél hasta que la presión hidrostática de la columna que se levanta equilibra la presión capilar que actúa hacia arriba. La elevación capilar del líquido es inversamente proporcional al diámetro del tubo 2π y la altura ascensional h no depende del material del tubo, sino de la naturaleza del líquido. Así, por ejemplo, el agua en un tubo capilar de un milímetro de diámetro, alcanza la altura de 30 milímetros.

Si s es el peso específico del líquido (en el agua igual á 1) el peso de la columna de líquido levantada es $\pi r^2 h s$. Entonces a es la tensión en la superficie de tensión un metro, ó la llamada constante capilar:

$$a = \frac{r \cdot h \cdot s}{2}$$

Para el agua resulta, para un tubo de un milímetro de diámetro:

$$a = \frac{0,5 \cdot 30 \cdot 1}{2} = 7,5$$

Si en lugar de agua elegimos el cristalino, semifluido ó gelatinoso, y observamos su peso específico también como cercano á 1, obraría teóricamente sobre la superficie del mismo con un tubo de un milímetro de diámetro, solamente en virtud de la capacidad en el círculo de la abertura del tubo, una fuerza que tendería á elevar la substancia del cristalino, que suponemos semifluida, hasta una altura de

$$h_1 = \frac{2a}{rs} = \frac{1,5}{0,5} = 30 \text{ mm.}$$

Pero como la consistencia y elasticidad de la substancia capsular y del cristalino obran en sentido contrario á esta elevación, no parece posible en los bordes de la ventosa, imaginada aquí como abertura del tubo, una curvatura cóncava del líquido ni una elevación visible. Además, siendo el peso específico del cristalino mayor que 1, disminuye mucho la constante capilar del cristalino vivo á pesar del mayor valor que tiene s aunque sobre el particular no es posible tener de antemano datos exactos.

No obstante, en virtud de estas consideraciones se puede suponer que, por lo menos en el círculo del borde de la ventosa, la acción del vacío recibe un cierto apoyo por la capilaridad y adhesión. Y podemos aumentar este factor auxiliar de la acción de la ventosa disminuyendo la abertura de la misma. Más abajo se tratará de hasta qué grado parece conveniente esta disminución.

3. LA ACCIÓN TRACTORA UNILATERAL

Para soltar el cristalino, según Barraquer, no es solo importante la fijación del mismo fundada en la acción del vacío y la capilar, sino también la acción tractora unilateral que entonces entra en juego.

Para comprender este efecto es importante conocer el centro de gravedad de la masa del cristalino que

llena la cavidad de la ventosa, así como el resto del cuerpo del cristalino para determinar la influencia de la tracción unilateral, especialmente durante la extracción.

Si una curva plana $y = f(x)$ gira alrededor del eje X que en el caso de nuestra línea catenaria de la fig. 2.^a podría corresponder esta vez á la línea AB , las distancias de los centros de gravedad del cuerpo giratorio resultante son desde el principio de la coordenada

$$\xi = \frac{\int_{x^1}^{x^2} xy^2 dx}{\int_{x^1}^{x^2} y^2 dx}$$

La aplicación de la última fórmula dá, como centro de gravedad para la distancia ξ del cuerpo hueco resultante de la rotación del espacio vacío de la ventosa por $2a$, que podríamos, aproximándonos más, comparar á un elipsoide de rotación—en el cual el corte contiene el eje grande—un punto de la curva ordenada y máxima que está situado aproximadamente á $\frac{5}{8}$ y máxima del centro de la ventosa.

Como quiera que la parte del cristalino deformada se encuentra unida al resto del mismo, y, además, no empleando la ventosa, el centro de gravedad del cristalino está situado en el centro del cristalino, esto es, cerca de 2 mm. del punto medio del lugar de la ventosa, resulta que, en el momento de la absorción en el centro del cristalino, al llenarse la ventosa con la substancia de aquél, pero no todavía en el principio de su deformación fuerte, el punto de gravedad común de todo el sistema se encuentra aproximadamente en la mitad, entre el punto del cristalino y el punto de gravedad del cuerpo de rotación de la ventosa arriba determinado. El punto de gravedad común de todo sistema es el que dá la medida para la acción tractora unilateral de la ventosa durante la extracción, porque podemos imaginarnos que toda la masa extraíble del cristalino está reunida en este punto.

La deformación variable del conjunto de la substancia del cristalino durante la extracción, da, durante los diferentes períodos de la extracción, según la magnitud y la dirección de la deformación, valores diferentes de la situación del punto de gravedad de todo el sistema. Por lo tanto, en virtud de estas consideraciones, sólo podemos considerar las circunstancias del

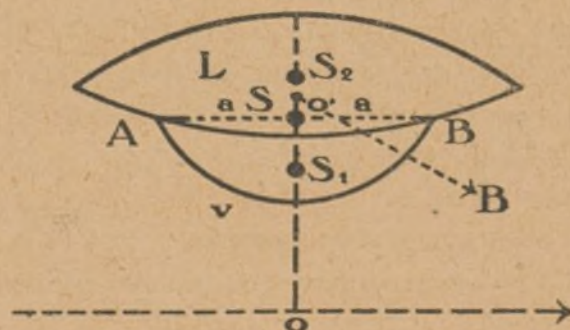


Fig. 4.^a

Situación del punto de gravedad sin deformación.

punto de gravedad sin deformación y nos remitimos á la fig. 4.^a.

Aquí L es el cristalino, O^1 el principio de la coor-

denada para las situaciones del punto de gravedad, S_1 , el punto de gravedad de la cavidad de la ventosa, S_2 , el punto de gravedad del resto del cristalino, excluida la parte absorbida (1), S el punto de gravedad común de todo sistema, sin deformación.

Como quiera que también podemos imaginarnos reunidas en S durante la extracción todas las fuerzas tractoras, S_a debe estar situado en lo posible durante la extracción, en ó cerca de la dirección común y conveniente de tracción de la ventosa; lo que debe procurarse obtener por el máximo vaciado de la misma y un motivo más para escoger como línea directriz para el vaciado la línea catenaria «más profunda» que sirve de base á la ventosa.

Como quiera que la tracción que tiene lugar en el cristalino durante la extracción no se ejerce en la dirección AB sino más bien en la de $S B^1$, esto es, in natura más hacia arriba, el centro de gravedad S de todo el sistema se mueve siguiendo la dirección de tracción de la ventosa en camino curvo, señalado á trazos en la figura 4.^a, que representa en cada punto las resultantes de las dos componentes—de la dirección tractora más horizontal y de la deformación que tiene lugar más en la dirección del eje del cristalino—respectivamente acción capilar, respectivamente acción adherente.

El elemento de trayectoria $d\delta$ del centro de gravedad se puede por lo tanto determinar por la fórmula:

$$d\sigma = d\xi \sqrt{1 + \left(\frac{dy}{d\xi}\right)^2}$$

en la cual $d\xi$ y $d\pi$ representan las diferenciales de las componentes, en relación con un sistema de coordenadas que puede elegirse á voluntad.

En cuanto á la naturaleza de la curva es imposible determinarla, porque el efecto de tracción varía de caso en caso y depende también de factores demasiado variables, lo cual puede verse fácilmente.

Especialmente el efecto de tracción en la parte del cristalino deformado crece con la profundidad de la ventosa, porque entonces el centro de gravedad común, durante la extracción, está situado más favorablemente.

Además, es de importancia para la acción tractora total de la ventosa el perímetro, ó mejor el semiperímetro de su abertura.

Especialmente el perímetro de la ventosa situado en el ojo hacia arriba participa en el efecto de tracción. Si aumentamos el perímetro, entonces debe ser consecuentemente también mayor el efecto de tracción, especialmente cuando el semiperímetro que es ante todo el eficaz y el que regula el efecto de tracción, se aplanan en lo posible.

Puesto que el círculo con una circunferencia $e r \pi$ está con la suma de cuatro círculos menores de igual contenido de superficie como 1 : 2, en lo que afecta á la circunferencia, respectivamente á la suma de las circunferencias, estos cuatro círculos tienen el radio $\frac{r}{2}$ y

(1) El peso de la última es relativamente muy pequeño comparado con el peso del resto del cristalino.

$\frac{4 r^2}{4} \pi = z^2 \pi$ de contenido superficial, mientras que las circunstancias son 2π respectivamente $4 r \pi$.

Las superficies aspirantes permanecen las mismas. También son estas relaciones importantes para la acción capilar, y la acción adherente, lo cual se puede ver fácilmente por lo dicho anteriormente sobre el particular.

Para las fuerzas tensoras unilaterales que entran en juego en la operación de la ventosa, según Barraquer, son también de interés las siguientes consideraciones:

Si en cubo construido de materia elástica se intenta empujar la superficie superior contra la inferior, esto es paralelamente á un canto, hasta que sobresalga el trozo a (véase la fig. 5.^a), y, por lo tanto, hasta que un par de superficies laterales haya girado alrededor del

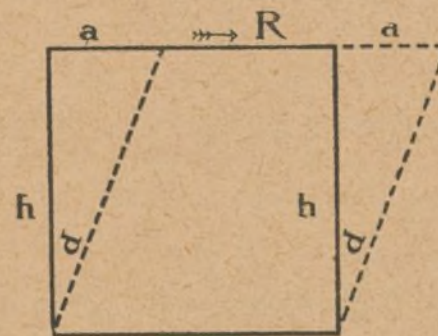


Fig. 5.^a

Influencia de la impulsión elástica lateral.

ángulo d , siendo h la distancia entre la superficie inferior y la superior y q su contenido, la fuerza necesaria será:

$$K = F \cdot q \cdot \frac{a}{h} \text{ kg} \quad \text{(III)}$$

en la cual F representa el llamado módulo de empuje, respectivamente, el módulo de torsión ó segundo módulo de elasticidad, y de deformación. Como quiera que el ángulo d igualmente aproximado es $\frac{a}{h}$ resulta:

$$F \cdot s = \frac{K}{q} \quad \text{(IV)}$$

y con esto es para $d=1$ la fuerza de empuje para 1 mm.² del módulo de empuje.

Estas relaciones mecánicas han de tenerse también en cuenta para la dirección de tensión lateral en la substancia del cristalino absorbida. Se llega así á un empujamiento lateral de la cápsula y del cortical en el círculo de la abertura de la ventosa y la intensidad de la fuerza necesaria para ello se ajusta á la ecuación III, en la que resulta para a la magnitud del empujamiento lateral cuando K posee una cierta magnitud. Para q habría que fijar el contenido superficial de la abertura de la ventosa; para h una parte del diámetro vertical del cristalino en relación con la superficie de la cápsula. Entonces, para $d=1$, se obtendría, en el presente caso, directamente el módulo de empujamiento del cristalino cataratoso existente en la operación de la ventosa, respectivamente, la intensidad de la fuerza empujadora misma.

4. LA ACCIÓN DEFORMADORA.

Además de lo dicho ya anteriormente sobre la deformación elástica del cristalino cataratoso durante la operación de la ventosa, desearíamos añadir que, particularmente en los cristalinos estrellados no completamente maduros y turbios, la elasticidad—especialmente también la elasticidad de la cápsula enturbiada sin uniformidad—no necesita sea la misma en todos los puntos del círculo de absorción de la ventosa. Esto es aplicable también para toda la restante substancia del cristalino. Resulta con esto, á causa de la irregular elasticidad por ello originada, no sólo una cierta deformación irregular en el círculo de la ventosa, sino también una irregular deformación total del resto del cristalino durante la extracción. De esto hay que deducir, además, que en estos casos la substancia de la cápsula y del cristalino no puede ser dilatada uniformemente por la ventosa, como corresponde á la teoría. Quizá esta irregular elasticidad de la substancia de la cápsula ó del cristalino, enturbiada irregularmente, puede explicar muchos casos de ruptura de la cápsula durante la operación.

No es posible obtener una expresión matemática para las relaciones de deformación del cristalino durante la extracción, á causa de la gran variabilidad de todos los factores mencionados.

5. LA ACCIÓN COMPRESORA.

En la operación de la ventosa se producen también ciertas acciones compresoras sobre el cristalino, lo cual es igualmente digno de ser tenido en cuenta. Al revés del alargamiento elástico, puede producirse también por una presión lateral, en lugar de una tensión, una deformación elástica, reduciéndose así proporcionalmente el cuerpo correspondiente.

Si la longitud l se acorta λ y el diámetro transversal d se acorta δ , la contracción transversal μ es:

$$\mu = \frac{\delta}{d} + \frac{\lambda}{l}.$$

Con los dos módulos de elasticidad ε de la dilatación y F de la deformación existe la relación:

$$\mu = \frac{1}{2} \cdot \frac{\varepsilon}{F} - 1$$

El valor μ para el caucho es de aproximadamente 0,4-0,5.

Estas relaciones son difíciles de aplicar á la deformación elástica por compresión del cristalino vivo, porque las constantes arriba mencionadas son demasiado inseguras y los demás factores no pueden determinarse con suficiente exactitud. No obstante, cabe suponer que la substancia del cristalino comprimido elásticamente debe de seguir las indicadas relaciones. La acción compresora elástica misma entra en juego cuando la zónula ha sido rota. Mientras tiene lugar la rotación del cristalino en la antecámara, la parte posterior, respectivamente la parte superior de la ventosa comprime la parte superior del cristalino y apoya la acción tractora.

IV.—NUEVA FORMA DE VENTOSA QUE SE DERIVA DE LA TEORÍA

¿Qué conclusiones permiten ahora las consideraciones teóricas expuestas hasta aquí con respecto al perfeccionamiento de la forma de la ventosa hasta ahora empleada?

Primeramente puede verse que todas las condiciones requeridas para el tipo de ventosa óptimamente eficaz no pueden obtenerse con una ventosa de una sola abertura.

Ya en la naturaleza orgánica viva encontramos numerosos ejemplos de que las acciones absorbentes energéticas no se obtienen con una sola ventosa grande, sino con muchas ventosas pequeñas. Así, los pólipos de mar, los calamares, insectos, etc., tienen en lugar de una sola ventosa grande, muchas ventosas pequeñas en los brazos ó pies. Este fenómeno no se explica solamente por la mejor adaptación al objeto sometido á la absorción, sino por el mejor aprovechamiento y mayor intensidad de la absorción misma.

Pero mientras en la naturaleza viva las numerosas ventosas de los brazos animales son generalmente del mismo tamaño y de forma circular, en el caso del cristalino esta forma de ventosa no sería la mejor.

De conformidad con los diferentes postulados discutidos en la parte teórico-general, tendremos que escoger, no una sola ventosa grande, sino varias ventosas pequeñas que sean de diferente tamaño y abertura. Teniendo en cuenta la deformación del cristalino durante y después de la acción absorbente, tendremos que escoger alguna de estas aberturas, no de forma redonda, sino de forma más bien elíptica. Además, en consideración á la acción tractora lateral, tendremos que orientar de manera adecuada las partes de mayor ó menor curvatura.

En conjunto hemos de disponer todas las aberturas de tal modo, que resulte una adecuada distribución de la fuerza adherente y de las fuerzas de tracción y de compresión, debiéndose, al hacerlo, tener siempre en cuenta la deformación de la substancia del cristalino. En vista de los hechos mencionados en la parte teórica, escogemos para nuestra nueva forma de ventosa un sistema de grandes y pequeñas aberturas, que en parte son redondas y en parte son elípticas. Mientras las aberturas redondas, en consideración al efecto adherente y capilar, han de ser relativamente pequeñas, el trabajo del vacío y distribución de la fuerza tractora descansa más bien sobre las aberturas elípticas grandes. Esta forma de abertura es también la más adecuada para la deformación del cristalino.

Comoquiera que la deformación del cristalino tiene lugar durante la extracción por la herida de la córnea, primero, horizontalmente, y después, verticalmente, la forma del cristalino, después de la luxación y al empezar la rotación alrededor de un diámetro ecuatorial horizontal, se aproxima a un cilindro colocado horizontalmente, que después de la rotación vuelve á conducir cada vez más á la forma primitiva del cristalino, para entonces, durante el paso por la herida de la córnea,

convertirse en una figura de deformación que se aproxima al cilindro vertical.

Por estas razones hemos escogido como figura fundamental de la nueva ventosa dos pares de elipses cruzadas entre sí con el eje grande, de las cuales las dos horizontales se tocan en el centro, y sólo comprenden entre ellas un espacio intermedio en el lugar más estrecho, que mide de 0,1 a 0,2 milímetros. Las dos aberturas elípticas de la ventosa, orientadas en el ojo vivo perpendicularmente al eje grande, tocan á las dos elipses horizontales en la forma que puede verse por la fig. 6.^a, y su diámetro longitudinal es algo menor que el de las elipses horizontales.

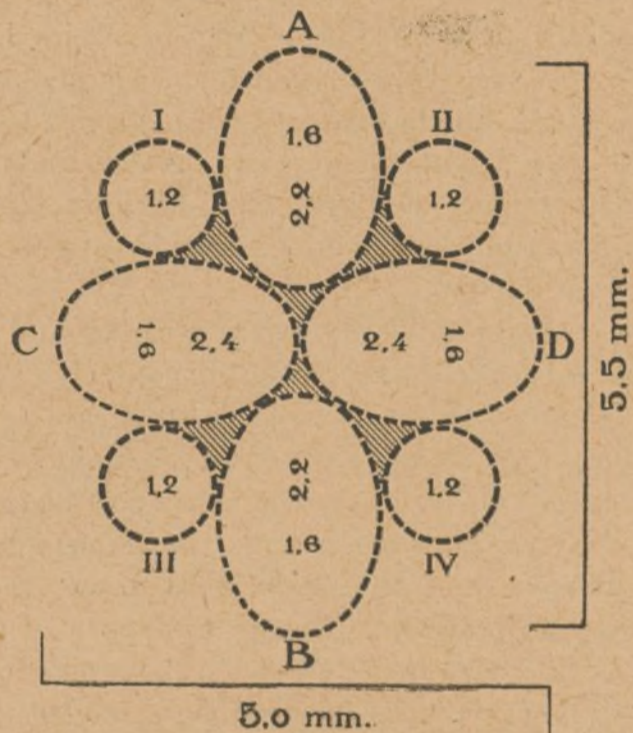


Fig. 6.^a

Esquema de las cuatro aberturas redondas y de las cuatro aberturas elípticas de la ventosa, con indicaciones de las dimensiones en milímetros.

Para corresponder proporcionalmente, en lo posible, á las pupilas ligera ó fuertemente ensanchadas en la operación Barraquer, escogemos como dimensiones principales de la nueva forma de ventosa en conjunto las de 5,5 mm., respectivamente, 5,0 mm. Los ejes grandes de las elipses horizontales miden 2,4 mm. cada uno y los de las elipses verticales miden 2,2 mm. cada uno. Esto da, si se toman las paredes de la ventosa de 0,1 mm., aproximadamente, el diámetro total de la nueva ventosa.

Del mismo modo encontraremos el otro diámetro de la ventosa si escogemos como eje menor de las elipses horizontales y verticales el valor 1,6 mm. Así, si las cuatro aberturas redondas pequeñas que localizamos en los cuatro ángulos exteriores de la elipse, tienen cada una un diámetro de 1,2 mm., la forma total de la nueva ventosa resulta elíptica alargada.

La parte interior de la cavidad de las cuatro aberturas redondas pequeñas (fig. 6.^a) que llamaremos I, II, III, IV, la dispondremos de tal modo que los cortes principales sigan la forma preconizada por nosotros para la catenaria modificada y damos á esta cavidad el valor de profundidad máximo que calcularemos más abajo.

Igualmente llamaremos A B C y D á las aberturas

elípticas considerando el corte principal grande como superficie rotatoria, quedando también por calcular en este caso el valor de profundidad.

Entonces cada cavidad de la nueva ventosa tiene las siguientes funciones:

La abertura elíptica A la principal prehensión y adaptación al cristalino que se ha de quitar y que empieza á elevarse, ante todo también durante la primera deformación cilíndrica. Además su circunferencia inferior sirve á la dirección de tracción durante la extracción, con lo cual, á causa del tamaño relativamente grande de la abertura, el centro de gravedad queda situado favorablemente, de acuerdo con lo dicho anteriormente sobre el particular.

La abertura elíptica b realiza asimismo primeramente la prehensión y adaptación, pero además, al principio de la extracción ejerce una pequeña presión sobre el cristalino, especialmente también durante la rotación en la cámara anterior, y finalmente, también una acción tractora durante la extracción.

Las cavidades C y D obran bisimétricamente, especialmente como prehensoras, y se adaptan en forma de ala al cristalino que se aplana durante la rotación en la cámara anterior. También realizan una tracción intensiva, porque las unidades inferiores de su circunferencia están ampliamente escotadas, y en virtud de la relativa profundidad de la cavidad el centro de gravedad de la masa del cristalino deformado, está situado también favorablemente.

En todas las cuatro aberturas elípticas coopera también la adhesión capilar en las partes anteriores de los bordes de la circunferencia proporcionado á un aumento en la intensidad de la adherencia durante la tracción y una elevación de la fijación durante la extracción.

Las aberturas redondas y cavidades I y II desarrollan también una acción, neumática, así como, ante todo una acción adherente y capilar. La acción tractora no es tan fuertemente pronunciada debido al diámetro relativamente pequeño así como á la por ello menos favorable situación del centro de gravedad de la sustancia del cristalino absorbida. Al contrario, la elevada adhesión da lugar á una mayor adaptación al cristalino proporcionalmente deformado durante la rotación y durante el paso por la herida de la córnea.

Las aberturas III y IV llenan las mismas funciones que las I y II, sirviendo además particularmente á la adaptación lateral de la ventosa al cristalino deformado y proporcionan una acción compresora al principio de la revolución del cristalino análoga á la de la cavidad elíptica B.

Si observamos el sistema de todas las cavidades tomando en conjunto como un todo, vemos que hay una cierta sinergia para las aberturas I, A y II con la cavidad elíptica B. Por otra parte, las cavidades elípticas C y D así como las aberturas III y IV se parecen mucho en su función.

(Continuará.)

Periódicos médicos.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Indicaciones de la cesárea abdominal del tercero al quinto mes del embarazo en las tuberculosas pulmonares, por el Dr. D. Mariano Pérez Fellu.**—Todos, médicos y profanos, conocemos la gran mortalidad que ocasiona la tuberculosis y la gravedad suma que alcanza la pulmonar, en muchas ocasiones terminando por la muerte. Y todos sabemos también el gran número de recursos que se han empleado y emplean para el tratamiento de dicha afección, sin resultado favorable gran número de veces, y conocido es también los peligros que reporta á las tuberculosas el quedarse embarazadas.

Es un problema que se le plantea al médico muchas veces ante una tuberculosa embarazada. ¿Qué hacer?

Ya es sabido que en algunas ocasiones, si los primeros meses del embarazo no van acompañados de vómitos demasiado pertinaces, los meses que siguen del tercero al sexto suelen ser bien tolerados, y aun en ocasiones la embarazada mejora su estado general, que es altamente perjudicado poco después del parto, y aun entonces existe el problema de si debe ó no lactar el niño, la enferma, de su propia leche.

En la obra «Tuberculosis», de Em Sergent, página 358, edición francesa, se lee en la conclusión 5.^a «que se debe estar en guardia algún tiempo después del parto, porque las agravaciones no le suceden siempre inmediatamente. En la 6.^a, que una simple tuberculosis latente se convierte á veces en evolutiva después de un embarazo cuya acción etiológica no es negable, y en la 7.^a, la acción funesta del embarazo parece ejercerse por el mecanismo de la decalcificación á las que no son probablemente extrañas las lesiones suprarrenales.

»De estas observaciones pueden deducirse importantes conclusiones de orden práctico: precisa desaconsejar el casamiento á las solteras y el embarazo á las casadas.

»Pero sobrevenido el embarazo, ¿qué hacer? ¿Hay que provocar el aborto ó el parto prematuro?

»Ante las consecuencias del parto prematuro, tan graves como las del parto á término, esta práctica, bien que pudiendo dar un niño vivo, es ilógica y debe ser abandonada.

»Queda el aborto, que debe ser practicado antes del sexto mes, mejor antes del tercero, para tener todas las esperanzas de éxito. Pero en este momento es imposible de prever cuál será la evolución ulterior de la enfermedad, si se deja al embarazo seguir su curso.

»La tendencia actual es la de no intervenir, de manera que se tenga un hijo vivo, evitando así hacer una operación obstétrica ó bien inútil ó incapaz de salvar la madre aun con el sacrificio del niño.»

Yo me permito discrepar algo de las conclusiones citadas. La idea no es mía.

Hace años, al comienzo de la terrible guerra, llegó de Alemania el Dr. Alcober, de Villajoyosa, y hablando conmigo en el servicio de mi querido maestro D. Enrique López, me decía que en dicho país hacían la cesárea á las tuberculosas en los primeros meses del embarazo, en muchas ocasiones.

Pocos meses después llegaba yo á Suiza para estudiar la lucha antituberculosa, y en las maternidades de Ginebra, Berna y Basilea veía yo con gran frecuencia, á veces dos el mismo día, hacer la cesárea en las condiciones citadas por mi amigo, en casos de tuberculosis en su comienzo. La doc-

tora Olivier, de Lausana, ha publicado un folleto con varios casos tratados por ella en el Dispensario de la Policlínica de la Facultad, á quienes dicha doctora, una santa, había aconsejado la cesárea, de la que estaba contenta por los resultados que obtuvieron las enfermas.

He pensado algo sobre todo esto, y el pasado año he tenido ocasión de tener en tratamiento dos enfermas tuberculosas, que me hicieron de nuevo pensar en este asunto, y con vuestra benevolencia os expondré los casos, mis opiniones y mis dudas, y como siempre que vengo á este sitio, os ruego que me déis vuestra autorizada opinión.

Permitidme que os diga cómo he visto hacer la cesárea abdominal en el embarazo de tres meses.

La enferma, embarazada de unos tres meses, previamente anestesiada con novocaína, anestesia subdural ó con cloroformo (indudablemente la primera citada ó la raquianestesia son las que deben emplearse, por ser más inocentes que el cloroformo, y siendo suficientes para la operación, no lesionan los pulmones ni intoxican tanto el organismo como el cloroformo), es laparotomizada, aislado el útero con paños y sacado lo posible fuera de la cavidad abdominal, es incindido en su cara posterior desde el fondo hasta el cuello, ya verticalmente, ya oblicuamente (Beütner, profesor de Ginebra), y después de dar salida al huevo y limpiado el útero con mechas de gasa, se suturan las paredes de la matriz, se resecan ambas trompas, unos 8 centímetros de cada una, y se suturan entre sí ambos ligamentos anchos, cubriendo casi toda la herida de la matriz; cuando se hace la incisión oblicua de Beütner queda más cubierta y manteniendo á ésta en su situación. Se suturan las paredes abdominales, etc.

Es operación que yo he visto hacer varias veces en unos veinticinco minutos, no sólo al profesor Gugisbert, en Berna, si que también á su ayudante, en aquella época.

HISTORIAS CLÍNICAS

E. G., de Madrid, de treinta y tres años, casada, tiene un hijo sano de tres años. Ella enferma, después de lactar catorce meses, hace año y medio. Desde hace algún tiempo con tos, fiebre 37°,4, peso 55,900. Expectoración abundante, bacilos Koch 15 ó 20 por campo, y sobre un mes manchas de sangre en los esputos, y una semana sin ningún apetito, y un mes con vómitos, que no la permiten comer nada. La menstruación, que debió presentarse estos días, no ha aparecido. Matriz en anteflexión, metritis cervical, blando el cuello, pero no parece aumentado de volumen el cuerpo.

Auscultada la enferma, se aprecian en el lado izquierdo decaparición del murmullo vesicular y matidez en todo el pulmón.

La enferma se ve obligada á guardar cama. Todo lo vomita.

Por prescripción mía sale al campo (al Vedat), donde comienza en seguida á comer y á tolerar lo que come, disminuye la tos, desaparece casi y aumenta de peso notablemente en tres meses.

Reconozco nuevamente la matriz; lo hice poco después de la primer falta, y ahora, después de poco más de dos faltas, aprecio claramente los síntomas de embarazo.

Del aborto y del parto prematuro yo opinaba lo que queda apuntado en la obra del Dr. Sergent. Muchos peligros en esta época, ya tal vez cuando ocurrió la primer falta un raspado de matriz pudo estar indicado y hubiese bastado. Pero en una tuberculosa debilitada no era extraordinario que se presentase una falta y en las condiciones en que se encontraba esta enferma no eran las convenientes para intervenir en aquella época. Pero ahora, ¿qué hacer?

La indicación para mí era bastante clara: la cesárea ab-

dominal al tercer mes; operación que debe hacerse con anestesia raquídea; que puede hacerse en una media hora ó tres cuartos; que ofrece poca gravedad á la enferma, y que, casi seguramente, no tiene consecuencias ulteriores, porque el cirujano manda, lo que no ocurre en el aborto.

Pudiendo esterilizar á la mujer y dejándola á salvo de nuevos embarazos.

Que evitará los vómitos y la desmineralización y la intoxicación con los trastornos nefríticos, cardíacos, nerviosos, pulmonares, hepáticos, etc., que ocasiona el embarazo y que tanto perjudican á la embarazada.

Que evitará los esfuerzos del parto y sus hemorragias y peligros, no siempre evitables.

Así lo expuse á la familia, quien consultó en Madrid á dos médicos: un especialista en enfermedades del pecho, á quien la parte quirúrgica no le aficiona y mostró temores acerca del buen éxito, que le hicieron desaconsejar la intervención, y el otro doctor consultado fué un ginecólogo, quien manifestó que, no teniendo mucha fiebre y estando mejor la enferma, él opinaba que no debía operarse.

Mi opinión: la enferma tiene una lesión grave pulmonar caverna con derrame pleurítico.

No hace falta que tenga fiebre para comprender la gravedad de la enferma, que ha mejorado mucho y parece entrar en la buena senda, pero por la que, seguramente, dadas sus lesiones pulmonares, no marchará largo tiempo y hay que aprovechar este momento de reposo de la lesión para operar á la enferma y evitarla los riesgos de la prolongación del embarazo y del parto y tratar, quizás luego, con neumotórax.

Yo creo, en cambio, que si la enferma estuviese muy mal era innecesaria y contraindicada la operación cesárea. Entonces, salvo indicaciones muy contadas, debería dejarse terminar el embarazo. Perdida la esperanza de la vida de la madre, debía hacerse lo posible por cuidar la del feto para salvar una de las dos vidas que se confían al médico en esta ocasión.

La enferma marcha á Madrid, y las noticias que de tarde en tarde recibo son de que se encuentra bien; pierdo las noticias, y pasados unos nueve meses, su esposo me dice que después del parto de una niña sanita, la enferma se agravó y se encuentra en cama con fiebre varios meses, sin esperanza alguna de mejoría.

La catástrofe que yo esperaba se había presentado.

Con la cesárea y quizás después el neumotórax cabía la esperanza de haber curado la enferma que tan rápidamente había mejorado, ó de haber mantenido el estado estacionario de la afección, y con la duración de su vida, hubiese podido atender mejor durante algún tiempo á su hijo y esposo.

R. T., de veintidós años, cómica.

La visito por primera vez en Octubre de 1920, encontrándola delgada, con fiebre continua, oscilando entre 38 y 39°, poco apetito y algún vómito, provocado por la tos.

Con el reposo posible en una casa de huéspedes y unas gotas de codeína, la trato durante unos días, mejorando algo los síntomas.

Pasa al hospital, pesando 52 kilos, permaneciendo allí en cama constantemente y la fiebre mejora, pero en cuanto se levanta sube la fiebre á 37,5 ó 38°.

Mejorada un poco, pero sin poder hacer desaparecer la fiebre, comienzo el tratamiento por el neumotórax. La primera inyección, hecha en la clínica de la Cruz Roja, es muy mal tolerada, con disnea y dolor grande. Al siguiente día se ve obligada á abandonar la clínica citada, y en la de la Cruz Roja del Grao es admitida y tratada allí en días suce-

sivos con neumotórax, hasta que pasadas las molestias de las primeras inyecciones, cambia de casa por indicación mía y sale de Valencia, habitando una cueva en Benimámet, ante las dificultades de encontrar casa fuera.

Los síntomas van mejorando con el tratamiento higiénico y el neumotórax, que durante cerca de un año sigue.

Luego, en 8 de Abril del 21, se le presenta un derrame seroso en el lado enfermo, que dificulta la repetición del neumotórax. Cabía hacer la aspiración del líquido y el relleno de la cavidad con nitrógeno, pero su domicilio, lejos de Valencia, dificultaba la intervención, y en vista de su buen estado, tenía aún 100 pulsaciones, nada de tos, ni otras molestias, y su peso era de 57 kilos, había ganado 4 ó 5 kilos desde el comienzo del tratamiento, y de que cerca de un año ha llevado la compresión del pulmón, aplazo intervenir hasta ver qué ocurre, aunque la opinión del Dr. Staub, que tuvo la bondad de ver la enferma, era que debía intervenirse, pero por las circunstancias apuntadas, contra mi voluntad, no pude seguir su opinión.

Sigo vigilando la enferma, quien sigue bien, y en 3 de Septiembre del año 21 tiene 80 pulsaciones y pesa 62 kilos; en 4 de Octubre del año 21 tiene 84 pulsaciones y pesa 63 kilos, continuando la enferma bien y aumentando hasta que tiene una falta en su menstruación y me lo indica poco después, y yo le aconsejo que deje pasar un poco de tiempo para ver si se confirma el embarazo.

La falta de la menstruación se repite y comienzan los vómitos, que se repiten cada vez con más frecuencia, llegando un momento en que nada retiene y la enferma se ve obligada á permanecer en cama.

Reconocida por mí, el diagnóstico del embarazo es indudable.

Se me plantea el problema. ¿Qué hacer?

Dejar la enferma en tan malas condiciones cuando la curación clínica es tan reciente y el pulmón enfermo está cubierto de líquido, creo que es exponerla á graves peligros, á que se venga al suelo la curación lograda á costa de tan grandes esfuerzos y casi inesperada.

De otro lado, tiene la embarazada otro hijo, madre y marido á quienes les conviene ser atendidos por ella. Su muerte puede ser más desastrosa que la del feto, al menos al presente.

Además, ¿cómo nacerá el hijo de ésta que fué hasta hace poco tuberculosa ó que lo es aún?

Lactar ella al niño no debe; darle nodriza no puede; lactancia artificial é hijo de tuberculosa, ¿qué resultado dará? Además, con la cesárea abdominal y la esterilización se la preserva de los peligros citados y del que le pueden ocasionar nuevos embarazos; por todo ello, aconsejé la cesárea abdominal; la enferma, por propia voluntad ó por opinión de los suyos, no cumple mi indicación; pasados los tres meses, disminuyen mucho los vómitos y el embarazo llega al fin con bastante normalidad.

El parto fué feliz. Nació un niño, con peso normal, que es lactado con biberón. ¿Qué ocurrirá á la madre? Por el curso que sigue desde Enero, hace pensar que nada por ahora, pero cuando menos tiene el peligro de un nuevo embarazo.

¿Qué le ocurrirá al niño? Creo que nada. La madre no puede contagiarle; el niño es sano, al parecer. La lactancia artificial no es lo preferible; pero, en cambio, por ahora viven en el campo, y esto les compensará, en parte, de los otros defectos.

Por ahora han hecho bien no creyéndome. ¿Pero tenía yo el derecho ó el deber de exponerla á todos los peligros á que se ha expuesto voluntariamente, la hoy madre, dejando llegar á término su embarazo? Creo que no.

Si entre diez casos se salvan dos con un tratamiento, y ocho con otro, el médico no puede aconsejar el primero; debe aconsejar el que tenga mayores probabilidades de éxito, y aun cuando en este caso, primero: hay que exponer á la madre á una operación; ésta es relativamente inocente (tal vez menos del 2 por 100 de muertos), seguramente es más mortal para la enferma la continuación del embarazo; segundo, evita nuevos embarazos, lo que es un bien en estos casos la mayor parte de veces; tercero, y lo que es peor, mata un feto la operación, cuyo feto tendría luego su vida muy expuesta por la lactancia, la pobreza, la herencia y la debilidad, etc.

CONCLUSIONES

1.^a ¿El embarazo suele agravar la tuberculosis, las pulmonares especialmente? Sí.

2.^a ¿Deberá evitarse que la tuberculosa pulmonar quede embarazada? Sí.

3.^a ¿Se hace ahora?

4.^a ¿Puede hacerse la detención del embarazo con menos riesgos para la enferma que el que le ocasiona la continuación del citado embarazo? Sí.

5.^a ¿Se hace ahora en nuestra región ó en España?

6.^a Si hay en la provincia de Valencia unas quinientas tuberculosas embarazadas, ¿estará indicado seguir este tratamiento en algunas de ellas? Sí.

7.^a ¿Por qué medio?

8.^a Toda tuberculosa á quien falte la menstruación y existan posibilidades de que esté embarazada, deberá ser vigilada cuidadosamente para hacer un pronto diagnóstico, utilizando, si se cree conveniente, la reacción de Abderhalden, y si se diagnostica el embarazo ó se presume, y el estado general de la enferma lo indica y lo permite, por lo tanto, al mes ó mes y medio de embarazo estará indicado el aborto con raspado y toque intrauterino con iodo, anestesiando con morfina sola ó adicionada de escopolamina, ó con anestesia subdural ó raquianestesia, en embarazo del primero al tercer mes, no existiendo anexitis ó parametritis.

9.^a ¿Cuándo estará indicada la cesárea abdominal en las tuberculosas pulmonares embarazadas de tres á cinco meses?

A) En las pequeñas lesiones pulmonares tuberculosas, con mal estado general, tos, poco apetito, taquicardia, de 90 ó 100 pulsaciones, etc.

B) En las tuberculosis pulmonares ligeramente febriles, de 1 á 5 décimas y buen estado general.

C) Las enfermas con cavernas bien toleradas. Enfermas bacilares, apiréticas ó subfebriles, 1 á 5 décimas.

D) En los casos de tuberculosis pulmonar, recientemente curados (menos de dos años de abandonado el tratamiento sin alteración de la enfermas) y tal vez en aquellos casos que, aunque curados, revistieron mucha gravedad: cavernas, fiebre de 38°,5 ó más durante meses. Vómitos de sangre de 300 c. c. al día ó más y cuya curación clínica completa no date de diez años ó más.

E) Especialmente en los casos citados, cuando se trata de enfermas pobres que no pueden atenderse debidamente durante el embarazo ni luego del mismo.

F) Se comprende fácilmente que en los cinco casos anteriores será de gran utilidad ayudarse á hacer el diagnóstico de la lesión pulmonar por medio de los rayos X.

G) En pocas palabras: cuando se crea que la enferma de tuberculosis pulmonar no tolerará bien el embarazo, que agravará su lesión pulmonar ó que la empeorará después.

No se hará la cesárea: Cuando se crea:

1.^o Que la tuberculosa pulmonar tolerará el embarazo.

2.^o Que seguirá bien luego.

3.^o Antes del tercero ó cuarto mes.

En todos los casos deberían tenerse muy en cuenta, además de las condiciones de la enferma, su posición social, medio en que vive, etc. Si la enferma puede curarse en un Sanatorio, ó como en él, durante el embarazo y luego del parto, las indicaciones del aborto ó de la cesárea disminuyen mucho.

H) Cuando el embarazo sea de seis meses es preferible esperar á que el feto sea viable, ó cuando, dada la gravedad de la tuberculosis pulmonar, no hubiese de beneficiar la enferma, y, en cambio, no practicándola, se tenga la esperanza de lograr un niño vivo, que deberá ser aislado ó al menos preservado del contagio de la madre y lactado, permaneciendo de preferencia en el monte, en la playa ó en el campo.

Intervinieron en la discusión el Dr. Candela Ortells, que no se mostró conforme con la tesis sustentada por el conferenciante, por las dificultades pronósticas en las tuberculosas y porque en ningún caso estamos autorizados á interrumpir el embarazo, prescindiendo de la vida del nuevo ser, pero en los casos que quiméricamente pudiera aceptarse, nunca se debería intervenir por vía abdominal, sino vaginal.

El Dr. Pérez Manglano opina que la gravedad de la intervención propuesta es superior á las demás operaciones tocúrgicas conocidas, y que el problema del pronóstico puede resolverse con la tuberculorreacción.

El Dr. Marco Navarro dice que es opuesto á la cesárea abdominal en los términos propuestos, y que únicamente debe interrumpirse la gestación cuando hay una indicación vital.

El Dr. Zamora dice que si la cesárea se practica para poder esterilizar á la mujer, se debe recurrir á la Roentgenterapia ovárica, mejor que á operaciones mutilantes.

El sabio catedrático de Obstetricia, Dr. Martí Pastor, hizo el resumen de lo expuesto, opinando que las indicaciones de la cesárea en las tuberculosas, no puede surgir más que en el último mes del embarazo, cuando se presentan trastornos respiratorios de índole mecánica, y que si algunas tuberculosas se estacionan ó mejoran con el embarazo, no habrá indicación de intervenir; y que si otras se agravan, y á ello se ha de añadir el shock operatorio, ¿para qué hacer nada? (*Boletín del Instituto Médico Valenciano*, año IV, núm. 20, 15 de Marzo de 1923.)

APARATO RESPIRATORIO EN LENGUA EXTRANJERA

1. Investigaciones clínicas sobre la duración máxima de la apnea voluntaria, por A. Natali.—La duración máxima media de la apnea voluntaria, en el hombre sano, es de 28 segundos. En 60 casos de diversas afecciones del aparato cardiopulmonar, el autor ha buscado si existían variaciones de esta cifra, resultando que: 1.^o, en los individuos con aparato respiratorio y circulatorio orgánicamente ó funcionalmente lesionados, la duración máxima de la apnea voluntaria se comporta de distinto modo que en los individuos normales, siendo siempre inferior á la cifra media encontrada en el hombre sano; 2.^o, en la tuberculosis pulmonar, la prueba de la apnea proporciona datos, casi siempre constantes, en relación directa con la gravedad de la lesión. Por lo tanto, podría constituir un medio sencillo y útil para apreciar el grado de alteración funcional del aparato respiratorio y, hasta un cierto punto, para apreciar la entidad de

la lesión parenquimatosa. En las formas iniciales se encuentran cifras que oscilan alrededor de los 20 segundos; en las de gravedad media, alrededor de 15, y alrededor de 12 segundos en las formas graves; 3.º, en los cardiopáticos con lesiones valvulares, perfectamente compensadas, la duración máxima de la apnea es, por término medio, de 25 segundos; cifras un poco inferiores á ésta podrían indicar un grado ligero de insuficiencia cardíaca, mientras que cifras que oscilen alrededor de 15 segundos indicarían la existencia de graves trastornos de la compensación; 4.º, de las investigaciones del autor resulta que, generalmente, existe una relación entre la capacidad vital y la duración máxima de la apnea, en cuanto que ésta varía casi siempre paralelamente á aquélla. (*Rivista Ospedaliera*, núm. 23, 24, 15, 31 de Diciembre de 1922.)—E. LUENGO.

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Raquitismo en el adolescente, por Philip Lewin.**—Se discute mucho si el raquitismo que se presenta en los adolescentes es una afección *de novo*, ó si se trata de un recrudecimiento de un estado infantil que ha permanecido latente durante un período de relativa inacción osteogénica. El autor presenta cinco casos cuidadosamente estudiados. La deformidad que ordinariamente presentan los enfermos de raquitismo de la adolescencia es *genu valgum* ó *varum*. Es muy interesante el hecho de que estas deformidades, ó bien hacen su aparición, ó si existen empeoran marcadamente, coincidiendo con la adolescencia. Durante este período se hacen al organismo demandas incesantes, y si en ese momento el metabolismo general y especialmente el metabolismo de los huesos está alterado, hay peligro de que ocurran deformidades. Es probable que algunos casos se produzcan por una combinación de estas dos cosas: blandura de los huesos y el hecho de llevar ó transportar el individuo cargas pesadas. Otros se deben á relajación de los músculos y ligamentos y en este tipo las infecciones pueden ser un factor causal. Ciertos factores definidos ocurren en un tiempo determinado, que son: 1.º, el período de crecimiento para cada individuo; 2.º, el cultivo excesivo del atletismo; 3.º, el exceso de trabajo físico, tal como llevar cargas de mucho peso, como en el caso de los repartidores de tiendas ó de las mujeres que hacen las faenas domésticas exageradas á su edad; 4.º, la alimentación general deficiente; 5.º, la deficiencia de ciertos alimentos particulares; 6.º, la existencia de una actividad endocrina estimulada; 7.º, supresión de la actividad endocrina; 8.º, trastornos de la actividad endocrina, ó sea, secreciones químicas anormales. El autor cree que toda la cuestión se reduce al metabolismo del calcio, debido á los factores antes mencionados, y la causa inmediata de deformidad es una desproporción entre la capacidad de soporte que tienen los huesos y el peso que se ven necesitados de soportar. (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. XXXV, núm. 1, Julio de 1922.)—E. LUENGO.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La reacción de Besredka, la radiografía y la radioscopia del tórax en el diagnóstico de la naturaleza tuberculosa de las afecciones oculares, por el Dr. Gourfein (Ginebra).**—Es un trabajo muy interesante y que está á la orden del día.

El autor ha investigado personalmente el valor de la reacción de Besredka en 35 casos de su clínica, en los que

fué positiva en todos, así como la demostración de la radiografía de existir infartos ganglionares calcificados peribronquiales; obteniendo con esto dos novísimos recursos diagnósticos, que en lo sucesivo se han de vulgarizar, datos seguros acerca de la naturaleza tuberculosa de las afecciones oculares, algunas de las cuales, clínicamente, no recordaban en nada á las lesiones debidas al bacilo de Koch. Cita cinco observaciones.

La primera observación era de iritis doble con sinequias posteriores y enturbiamiento del vítreo; la segunda de iridociclitis plástica en ambos ojos, con abundantes exudados en el campo pupilar; la tercera de iridociclitis antigua y grave; la cuarta de igual afección, y la quinta una infiltración parcial de la córnea en un solo ojo.

Este trabajo (como algunos de actualidad) pone de manifiesto el que las lesiones del pulmón cicatrizadas y calcificadas poseen bacilos de Koch, que si por alguna circunstancia van á pasar al torrente circulatorio, ocasionan embolias bacilares, que llegan á determinar tuberculosis (secundarias) del ojo ó de otros órganos.

Por eso tiene tanto valor la radiografía en estos casos, así como la reacción de Besredka, más segura (al parecer) que las tuberculinas. (*Revue Générale d'Ophthalmologie*, Mayo de 1922.)—DR. MARÍN AMAT.

2. **Los resultados del tratamiento de las afecciones corneanas por la iontoforesis, por el Dr. P. Pietta (Lucerna).**—Es un detallado trabajo de la Clínica Oftalmológica de Lucerna, á cargo del Dr. Stocker, y en el que el autor, en vista de las opiniones tan discordantes acerca del valor de la iontoforesis en el tratamiento de las afecciones de la córnea, dá cuenta abreviada de 86 casos tratados en aquella clínica y que corresponden á las más variadas lesiones (úlceras, herpes, heridas, infiltraciones superficiales y profundas, pannus, leucomas recientes y antiguos, etc.).

De su experiencia deduce el autor, que este modo de tratamiento es de un gran valor terapéutico en dichas afecciones; si bien la iontoforesis al cinc es la mejor para detener los procesos infecciosos, herpes, etc., teniendo sobre los cáusticos físicos ó químicos la ventaja de no destruir el tejido sano y de producir, por tanto, cicatrices muy reducidas y bastante transparentes. En cambio, la iontoforesis al cloro y al iodo, es más eficaz, en virtud de su poder esclerolisante, para producir el aclaramiento de las infiltraciones ó leucomas recientes, principalmente, y en menor grado en las manchas antiguas.

El autor desea que este recurso terapéutico se divulgue, por considerarlo de gran utilidad práctica. (*Revue Générale d'Ophthalmologie*, Enero de 1922.)—DR. MARÍN AMAT.

3. **La heterobacterioterapia en la conjuntivitis gonocócica del adulto, por el Dr. F. H. Allisson (Ginebra).**—El autor impresionado favorablemente por las publicaciones de Von Szily y Stenberg y Haat, acerca de los resultados de la vacuna tífica empleada en inyección, como tratamiento de la conjuntivitis gonocócica del adulto, ha tratado tres casos de esta naturaleza, pertenecientes á la Clínica del profesor Gourfein, con la referida vacuna preparada, según las instrucciones de Von Szily y Stenberg.

El resultado que ha obtenido ha sido malo en el primer caso y bastante bueno en los dos restantes.

Al mismo tiempo que la vacuna tífica, ha empleado el tratamiento local ordinario. (*Revue Générale d'Ophthalmologie*, Marzo de 1922.)—DR. MARÍN AMAT.

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 socorro.



SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—¡Por Dios...! Polémicas, no, por el Dr. Weltmüde.—El viaje de los catedráticos españoles de Medicina á París.—Reglamentación novísima, nunca abolicionismo, por Antonio Curieses.—Sección oficial: Ministerio de la Guerra.—Montepío facultativo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Para el Sr. Salvatella.—Fin de las elecciones.

En nuestro último número nos ocupábamos, manifestando nuestra justificada alarma, de los acontecimientos que habían ocurrido y de los que más ó menos fantásticamente se anunciaban, en el delicado asunto de la provisión de Cátedras.

Nosotros, que tenemos confianza en la imparcialidad del Sr. Salvatella y plena conciencia de la nuestra, no podemos menos de esperar que apelando la segunda á la primera, ha de ser oída para procurar un remedio al insostenible actual estado de cosas.

En un periódico político noticiero (*La Voz*), hemos leído uno de estos últimos días un artículo autorizado por la respetable firma de uno de los más prestigiosos jóvenes representantes de nuestra cirugía contemporánea; quien con la lealtad y franqueza que en casos tales se debe proceder, acusa documental y minuciosamente de injusticia manifiesta á un Tribunal, ante el cual no ha comparecido, y del cual no ha formado parte.

Cuando con estas garantías de imparcialidad se acude á la prensa, dando su propio nombre el señor Slocker y no teniendo nada que ver con los jueces y con los juzgados, no pueden estas cosas dejarse pasar sin poner en ellas la atención, ó para su remedio ó para la evitación de que se repitan casos semejantes.

Nadie más que nosotros se ha mostrado respetuoso con los fallos de los Tribunales y con la santidad de la cosa juzgada: el mismo artículo de nuestro último número es buena muestra de esta conducta, que siempre hemos seguido. Pero en todo hay límites y á todo puede oponerse reparos, sobre todo cuando es innegable, como en los casos actuales lo es, que los hechos escandalosos ocurridos en la provisión de dos ó tres Cátedras y que dan pábulo á la posibilidad de repeticiones futuras, obedecen, ó por lo menos coinciden con una reforma gubernativa introducida en los Tribunales de oposición. (El Sr. Rodés tiene la palabra.) Muy malos podrían ser los Tribunales de siete jueces con

intervención de académicos, publicistas, personas competentes y doctores; pero aparte de su más transcendental significación representando la intervención social, en asunto que no es de comunidad monástica, mientras tales Tribunales han funcionado (es decir, durante más de cincuenta años), no se han producido ni repetido casi á diario las silbas, las persecuciones de los jueces, hasta romper las puertas de los cuartos en que se encerraban, los dicterios en las calles hasta acorralarlos en los subterráneos del Metropolitano y los espectáculos de protesta llevados á la prensa, unas veces con oportunidad y otras por motivos que no son ahora del caso.

Dígase lo que se quiera, el número de los jueces y la presencia entre ellos de reputaciones consagradas y de profesionales competentes, daba confianza y producía respetabilidad. No creemos nosotros que tales Tribunales eran perfectos, y bien lo hemos demostrado proponiendo su reforma en un documento oficial que intencionada y mañosamente ocultan al Sr. Salvatella; pero lo que es innegable es que desde que se planteó el procedimiento de los *cuatro catedráticos* de la misma asignatura, no se ha podido reunir un solo Tribunal con arreglo al maravilloso procedimiento, y eso que van transcurridos más de cuatro años en que se ha intentado formar cincuenta ó sesenta Tribunales. ¿Puede esto seguir así? El Sr. Salvatella lo dirá, y veremos qué es lo que tiene más influencia en su ánimo, si las demostraciones innegables de los hechos y de la verdad, ó las capciosas intrigas de esos señores que pasan de las inspiraciones del Juan Palomismo á las malsanas maniobras del canhortelanismo.

El Sr. Salvatella decidirá si hay en él la resolución y la entereza que le suponemos. Por de pronto nos consta que será interpelado sobre este punto en cuanto las Cortes comiencen sus sesiones.

Pasaron las elecciones de Padres y Abuelos del país. No podemos por hoy dar un cómputo exacto de los representantes que nuestra clase y nuestra ciencia han logrado tener en ambas Cámaras, pero

siendo más fácil conocer el resultado en lo que se refiere al Senado, se nos ocurre un pensamiento, que nada tiene de nuevo, pero podría tener mucho de eficaz, si cambiaran un poco de conducta y de actitud algunos de esos señores, que se figuran que las actas electivas y los decretos *vitalicios* se dan solamente para que luzcan sus egregias personalidades en los escaños y tomen chocolate en el *buffet*.

He aquí el asunto: sabido es que las Cortes actuales, como caso particular la Alta Cámara, se encuentran constituidas en forma tal, que la mayoría (si es que el Gobierno la tiene) resulta de la adición de fracciones, muchas de las cuales no llegan a sumar diez senadores, y aun algunas no pasan de cinco. Esto ha de hacer necesariamente que el Gobierno atienda á las agrupaciones, más que á las personas, pues el desprendimiento ó la hostilidad de un grupo, su abstención misma, puede cada día poner en peligro la vida de la situación.

¿Por qué decimos ésto, faltando á nuestra costumbre de no ahondar en el arenal estéril de la política? Pues piénsenlo los señores senadores médicos: ellos constituyen una *minoría* (si quieren constituirlos) de cerca de veinte votos; es decir, un elemento formidable que en cada momento puede discreta y provechosamente influir.

Si estos señores, poniéndose de acuerdo y comprometiéndose á la defensa y obtención de un programita de tres ó cuatro puntos solamente, se presentaran convencidos y compactos ante el Senado, ¿no podría tenerse por cierto que conseguirían aquellas tres ó cuatro cosas, y luego otras tres ó cuatro? Piénsenlo los respetables senadores y procuren que ésto, si lo aceptan, no quede en el desacreditado proceder del nombramiento de una Comisión con sus inevitables presidentes, secretarios, etc.

A nuestro juicio, la organización debe darla en cada momento el espíritu de los que estén dispuestos á luchar y decididos á obtener.

DECIO CARLÁN

¡POR DIOS...! POLÉMICAS, NO

Hace días, quizás más de los que nuestra habitual urbanidad señala para contestar debidamente á los que nos impugnan, apareció en un estimado colega un artículo dirigido en algunas de sus partes á personalidad tan transparente y conocida como la que firmaba otro artículo nuestro de números pasados. Hicimos en éste uso del seudónimo «Doctor Weltmüde», que en alemán quiere decir *cansado del mundo*.

Comienza el impugnador por motejar lo que él llama ocultarse bajo otro nombre y, con efecto, él no firma su impugnación de modo alguno, lo cual no deja

de ser estupendo. Sigue luego dando muestras de conocer la persona y el significado de *Weltmüde*, y nos felicitamos de tan fina perspicacia porque ningún deseo de misterio nos llevó á seguir una costumbre que desde hace muchos años tenemos cuando empleamos festivas, pero elementales y claras signaturas en nuestros trabajos para dar mayor variedad al conjunto del periódico. Así, ¿quién no sabe que la mayor parte de lo que dice Decio Carlán y todo lo que escribe el Maestro Ciruela, el Doctor Prieto, Ich y Venancio Prieto, lo dice una misma persona? Se nos ocurrió aquel día, obedeciendo á una sensación moral de desencanto, firmar Weltmüde, y nuestro ignorado censor no quiso llevar más allá la exégesis que á demostrar que conoce el alemán lo bastante para saber que la tal palabra significaba, harto, cansado ó hastiado del mundo. Más debió aconsejarle su talento, si no hubiera estado obsesionado por el solo propósito de producir una molestia que no ha producido. Y si hubiera analizado, ya que en ello demostraba un benévolo interés, lo que quería decir la palabra, se hubiera preguntado: y ¿por qué estará cansado este señor del mundo? Ha vivido más de lo que la Biblia señala como edad media del hombre; ha estado sano y bueno, la suerte le ha tratado con pródigos, inmerecidos y por otros envidiados agasajos, ¿qué más *quedará?*, como decía Lagartijo. Tenemos la certeza (pues cualquiera que sea quien en el periódico á quien aludimos que escribió, le suponemos hombre de buena inteligencia y recta intención) de que hubiera sospechado que el cansancio del pobre viejo podría provenir de la injusticia y de la inconcebible saña con que en los últimos tiempos son comentados, con presunciones fantásticas é imputaciones calumniosas, los hechos de una vida dedicada sin violencia ni esfuerzo, por propio imperativo categórico interior al respeto, á la justicia, al fomento de las instituciones en que intervenía y al deleite de la contemplación de los triunfos merecidos, particularmente cuando en la juventud, que es el porvenir, recaen.

¿Qué menos podría esperar quien siempre tuvo fe en los que llegan, que un poco de justicia para los que han pasado? ¿Qué pueden éstos ya estorbar á aquellos que se sienten acuciados por el natural deseo de subir, sin necesidad de dejarse arrastrar por la impaciencia de saltar? ¿Por qué ha de ser sospechoso quien desde humilde cuna se labró solo su buena ó mala reputación y jamás podrá escuchar en su vejez un cargo fundado de haber sido obstáculo á nadie para nada, por qué se ha de sospechar que por pura gala y venal capricho sienta el deseo casi póstumo de desmentir sus irreprochables antecedentes?

Confiaba quizás el pobre Dr. Weltmüde en que quien como él nunca había debido nada en su carrera *profesional y científica* más que á oposiciones bien ruidosas y empeñadas, quien como él ha pertenecido á más de cuarenta tribunales de oposición y puede desafiar á los que ante él han concurrido para que le imputen la más mínima injusticia, podría creer el pobre viejo, sin ser muy exigente, que cuando se hablara de manejos, intrigas y manipulaciones más ó menos fantásticas, se

guardaría respetuoso silencio al suponer la más remota intervención de su parte.

¡Pero cómo ha de ser! Decía el buen D. Francisco Silvela que, después del del amante, no hay espíritu más susceptible y celoso que el del candidato, y me permito añadir, que aun más que el candidato, y quizás á pesar de éste, son más susceptibles sus amigos y admiradores officiosos.

Dejando aparte en el artículo á que nos venimos refiriendo lo que alude claramente, y creemos que con notoria injusticia, á personas respetables de nuestra amistad, á las cuales por cierto no hemos querido señalar las diatribas de que son objeto, por no creer necesario que acudan á su defensa, ¡hasta tal punto las consideramos inverosímiles é irrisorias!, Weltmüde se limitó antes y se limita hoy á decir insistiendo: «que en el asunto del comportamiento de la Real Academia de Medicina respecto al homenaje rendido al insigne Azúa, ha habido por parte de la Corporación y de los que oficialmente la representan un exceso no en el afecto y en el agasajo merecido, sino en la interpretación y, mejor dicho, en la ampliación reglamentaria; los supuestos aplazamientos habrán parecido tales á los que desde afuera no tenían motivos por qué estar enterados; pero á la familia del Sr. Azúa y á los que se han querido enterar les consta *que la Academia no ha perdido momento ni ocasión para llevar á cabo un acto que partía de su iniciativa exclusiva y que no tenía necesidad que le fuese por nadie recordado*».

Sirvan de demostración á esto los hechos de la sesión necrológica, que ningún otro académico electo ha obtenido hasta hace diez años, la mención extensa y encomiástica de la memoria de Secretaría (sin duda no conocida por el anónimo impugnador), y por último, la sesión efectuada con ceremonial sencillo pero superior al que nunca tuvieron ni los presidentes, ni los miembros más esciarcidos de que la muerte nos privó.

Hacer un cargo de que la sesión se celebró en el día mismo que parece señala para las suyas la Sociedad Dermatológica, es sencillamente pueril. ¿No pudieron los dignos miembros de esta Sociedad llamar la atención de algún académico acerca de una coincidencia que sólo la malicia puede suponer intencionada, tratándose de una de tantas Sociedades especiales que semanal o mensualmente celebran sus juntas y que no tiene por qué recordar la Academia, como tal Academia, las fechas en que se reúne, por más que respete, quiera y admire á los poco numerosos socios que á ella concurren? ¿No pudieron éstos (y con ello hubieran rendido un homenaje más á Azúa) levantar la sesión de aquel día y trasladarse á la Academia hasta corporativamente, si querían darle mayor solemnidad? Lo que pueden tener por cierto, y bien lo saben ellos, es que hubiesen sido recibidos con los brazos abiertos.

Nada hemos de decir, dejando estos enojosos puntos de un modo definitivo, acerca de las *apostillas puestas por el lector, al hermoso trabajo que leía*. La sincera y espontánea frase de «¡qué hermoso es esto!», puesta por el aludido lector al terminar un pasaje en medio

del discurso de Azúa, á nadie le pareció censurable, ni era de esperar que á nadie se lo pareciera.

Hay otra cosa de que no sabemos si hacernos cargo porque viene con prisa y nebulosamente dicha, y es la de *las lágrimas de cocodrilo*. Si lo que con esto se ha querido decir, es que la pasajera y visible emoción que embargó alguna frase, en las que pronunció el presidente de la Academia al terminar el hermoso discurso de Azúa, no sabemos qué contestar. Solamente quien no sea capaz de conmoverse al hablar de la muerte de un entrañable amigo de toda la vida y al afirmar que nunca había entre los dos mediado la menor diferencia, ni en las afecciones, ni en los intereses, puede suponer ficción retórica lo que era sentimiento en el alma; si otra cosa significara, no sabemos si el dolor que nos produjera lo sentiríamos en el corazón...

Basta, y aún sobra. Tenemos el firme propósito de no entablar polémicas y la experiencia bastante para saber que todos los periódicos que se equivocan al nacer y hacer su programa anunciando que no se ocuparán más que de cosas científicas, que serán revistas de revistas y verdaderos resúmenes del saber nacional y extranjero, terminan al cabo de algún tiempo por caer modestamente en tratar cuestiones impresionantes que poco ó nada tienen que ver con el espíritu científico.

Muy bien harían tales colegas (y hemos conocido lo menos diez que han llevado esta evolución) en declararse francamente profesionales cuando lo creyeran necesario ó cuando les faltaran asuntos de otra naturaleza. De este modo, seríamos los primeros en aplaudirles y en colaborar con ellos á la obtención de las mejoras legislativas y gubernativas que hubieran de ser provechosas para la clase á que todos pertenecemos, al saneamiento de ésta, y juntos podríamos también tratar de corregir conductas como la de ciertos señores, no muy viejos por cierto, que ocupan crecido lugar en el Escalafón de algún Cuerpo, no desempeñan sus cargos y dan el ejemplo de *compañerismo* impidiendo que otros jóvenes meritorios y sin posible empleo, los ocupen decorosamente,

DR. WELTMÜDE.

EL VIAJE DE LOS CATEDRÁTICOS ESPAÑOLES DE MEDICINA A PARÍS

Regresaron de París y Burdeos los catedráticos y profesores de Medicina que en justa correspondencia de cortesía han visitado oficialmente á los colegas franceses. Y han regresado nuestros compatriotas sumamente complacidos de la cordial acogida con que fueron recibidos.

En la estación del Quai d'Orsay aguardaban á los viajeros el decano de la Facultad de Medicina de París y algunos profesores. Daba la circunstancia de que en aquella hora terminaba en el inmediato Hotel Terminus un banquete que celebraba la Asociación de Médicos Franceses, por la cual fueron invitados nuestros compañeros á tomar una copa de champagne, y con cuyo motivo se cruzaron amistosos saludos y bienvenidas,

En la mañana del día inmediato dió un conferencia en el Hotel Dieu el catedrático de Madrid doctor Márquez, que disertó acerca del «Método de las coincidencias en el examen y en la significación de las diplopias binoculares», siendo muy celebrado dicho estudio, especialmente por el célebre oftalmólogo Lappersone, en cuyo servicio hospitalario se celebraba el acto, y cuyo profesor invitó después á su mesa á los esposos Márquez y otras personalidades españolas y francesas.

Se celebró por la noche un banquete oficial en la Facultad de Medicina, donde tiene su residencia particular también el ilustre decano profesor Roger, á quien acompañaban gran número de catedráticos de aquella Facultad, el ministro de Higiene, Straus, con sus señoras, y todos nuestros colegas de la Comisión.

Por su parte, el Colegio de Francia tuvo la atención de invitar á los españoles á pasar la tarde del 1.º de Mayo en su incomparable *chateau* de Chantilly, donde se celebró el consiguiente yantar y los obligados fraternales brindis y discursos.

El decano de la Facultad de Madrid dió en la mañana del día 2 una conferencia sobre «Las nuevas aplicaciones de la radioterapia en Ginecología», á cuyo acto, celebrado en la Escuela oficial, concurrieron muchos profesores y estudiantes, que celebraron sobre todo las proyecciones con que el disertante demostraba objetivamente sus afirmaciones teóricas.

Igualmente fueron en los días siguientes muy aplaudidos los discursos del Dr. Hernando, sobre «La acción de algunos medicamentos sobre la secreción del jugo gástrico»; del Dr. Goyanes, «Contribución á la Cirugía vascular», y del Dr. Aguilar, sobre «Las infecciones generales de origen dentario». La conferencia anunciada del Dr. Pinilla no pudo realizarse por no haber podido dicho profesor salir de Madrid, á causa de una repentina dolencia.

Particularmente, y como amistoso homenaje individual, algunos de nuestros amigos aceptaron amables invitaciones de los comprofesores especialistas, siendo también solicitadas las conferencias para publicarse en la Prensa de París.

No menos agradable fué la estancia en Burdeos de nuestra Comisión, pues los maestros de aquella Escuela de Medicina se han desvivido en obsequios y homenajes. En aquella Facultad hablaron también Márquez y Población (catedrático de Ginecología en Salamanca), siendo muy celebrados, y en las tardes de los tres días que permanecieron en Burdeos visitaron, no sólo los establecimientos docentes, sino los menos didascálicos viñedos de Santerme, en las cercanías del Garona. Minerva, en fin, sonriendo á Baco.

En resumen: el viaje de los médicos españoles ha constituido un éxito, afianzando nuestras relaciones amistosas con Francia, y mostrando á nuestros vecinos que también contribuimos al acervo científico con nuestro esfuerzo y atención.

Reglamentación novísima, nunca abolicionismo.

Para el ilustre Dr. Juarros.

No sé si debo trazar estas líneas para agradecer al ilustre Dr. Juarros la réplica con que me digna en EL SIGLO MÉDICO del 5 de Mayo ó para ratificar mi criterio antiabolicionista.

La reglamentación actual de la prostitución es, ciertamente, atávica, relega á la hetaira á los tiempos antiguos en que el imperio del hombre, el egoísmo y la tiranía del hombre, hacían de la mujer una esclava, un ser inferior que se podía comprar ó vender. Y si esto es cierto, no es equivocado, á juicio mío, creer en una reglamentación novísima y liberal, en virtud de la cual, la mujer y el hombre estuviesen sometidos á una moral, digna y escrupulosa inspección médica, que hiciese poco menos que imposible el contagio venéreo; no es erróneo, digo, pensar que una reglamentación así sería capaz de lograr el fin noble que perseguimos: la desaparición de esas enfermedades que tanto contribuir á la degeneración de las razas.

Atribuía, como fin último, á la campaña abolicionista, la desaparición del hetairismo, por lo que dice el Dr. Juarros, de un modo gratuito. Es decir; que los abolicionistas lamentan, probablemente, como yo, la existencia de ese comercio denigrante, deploran ese mal social, pero nada más. Y es mérito á restar de esa campaña briosa—¿y por qué no reconocerlo?—simpática, altruista, noble..., la carencia de esa finalidad elevada, ya que mientras la mujer venda su amor, será inferior moral y socialmente que las mujeres que no lo vendan.

Hay que ser prácticos, decía en estas columnas; hay que tomar, urgentemente, las medidas de aplicación inmediata para prevenir á la Humanidad de la plaga venérea; pero al tiempo mismo, débese perfeccionar á la mujer, educarla, proporcionarle igualdad jurídica y moral para que, por medio del trabajo, engendrador de la virtud, pueda gozar de independencia, igual á la del hombre; independencia precisa para la desaparición de la prostitución. Y ese fin último é ideal, que sería fantástico suponer que se iba á conseguir de un modo inmediato—fin en el que nunca pensaron los abolicionistas, según afirma el Dr. Juarros—; pasado el tiempo, después de la interesa labor preparatoria necesaria, podría ser una realidad tan gible, podría verse logrado por las generaciones venideras, puesto que conseguida en el futuro esa perfección moral de la mujer, esa igualdad jurídica y social, esa educación que la hiciese apta para la lucha por la vida en condiciones honrosas, esa independencia de que, desgraciadamente carece, ¿por qué no habría de desaparecer la prostitución? Esa finalidad hermosa que atribuía al abolicionismo, merecía el más caluroso elogio de mi parte; pero conocedor, solamente de un modo superficial, de la campaña abolicionista, por mi alejamiento de la corte, creía que los abolicionistas querían llegar á ella de un modo inmediato; *no era el fondo lo que combatía, era la forma.* Mas

ahora, después de las aclaraciones que en sus líneas hace paladín tan eminente y autorizado como el doctor Juarros, estoy más distanciado, bien á pesar mío, de la campaña abolicionista. Es cierto; persíguese con esa campaña la desaparición de las enfermedades venéreas; se expone la necesidad urgente de exterminar esos males que, por ser evitables, constituyen una vergüenza de la civilización; pero... ¿es que hay alguien que no desee lo mismo?

A mi modesto entender, el camino emprendido con esa campaña no ha de conducir al logro de lo que se pretende, que no es el mejor medio para hacer una buena obra destruir otra y crear nuevamente. Ese prurito de crear (?) y, sobre todo, de destruir es defecto latino. ¿Por qué no perfeccionar, reformar, retocar lo que otros hicieron, que por ser obra humana tuvo necesariamente que ser defectuosa?

Ese afán creador, prolíficamente creador y destructor, le tienen los abolicionistas de la prostitución; abren nuevos dispensarios para curar los afectos venéreos como si no existieran establecimientos donde realizar esos tratamientos; crean y no se dan cuenta—(perdónese este atrevimiento)—que existen ya establecimientos que no pueden desempeñar con el debido fruto sus funciones, por carecer de recursos; no se aperci-ben de que lo primero es dotar de todos los medios á uno solo, modelo de los futuros. Pregunten los abolicionistas á los ilustres sifiliógrafos de San Juan de Dios y obtendrán la convicción de que se carece de medicamentos, de instrumental... y me darán la razón de que no es conveniente abrir nuevos dispensarios, sin poseer primeramente uno perfecto. Y al hablar de imperfecciones, excuso decir que no me refiero al personal médico tan sabio, tan competente en la especialidad, que mantiene muy dignamente el nombre de España, á pesar de las condiciones en que realiza sus trabajos.

Perdone, pues, el ilustre Dr. Juarros que disienta de la campaña abolicionista, que vea más claramente la solución del problema en una reglamentación perfeccionada, modificada de tal modo, que la prostituta, sin contribuir á las cargas del Estado—lo que es bochornoso—, sin quedar incapacitada para rehabilitarse socialmente, sin tener que soportar los vejámenes que sufre, delicada, humanamente, sea inspeccionada por los médicos encargados de este servicio, sometidas sus enfermedades á tratamiento, y protegida, asimismo, de las enfermedades que padece, mediante una inspección y una vigilancia igual ejercida sobre el hombre.

Por lo demás, considere el Dr. Juarros que obro impulsado de la mejor fe, y si no soy abolicionista es porque no me han convencido las escasas informaciones que del abolicionismo han llegado á mis manos. Constituiría un elevado honor para este humilde obrero de la Medicina, comulgar en las ideas del eximio escritor médico y aplaudir, como otras veces, sus campañas nobilísimas y geniales.

ANTONIO CURIESES

Madrid-Mayo-1923.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GUERRA

REAL ORDEN CIRCULAR

Excmo. Sr.: Visto el proyecto de nuevos Estatutos para la Cruz Roja Española, que somete á examen y aprobación de este Ministerio el nuevo comisario regio designado por Real decreto de 23 de los corrientes, y teniendo en cuenta que las modificaciones introducidas se refieren principalmente á enumeración más detallada de los fines de aquella benéfica institución en cumplimiento y desarrollo de los que siempre tuvo asignados ó de compromisos debidamente contraídos en Congresos internacionales; á coordinación entre los Ministerios de Estado, Guerra y Marina, teniendo además el de Gobernación, y por lo que toca á Sanidad interior, la representación debida mediante el inspector general, y á la diferenciación mediante Asamblea separada y órdenes mediante la Asamblea suprema entre las Secciones de señoras y caballeros, regulando la administración de una y otra y reservando en todo caso á S. M. la Reina las facultades indispensables y convenientes para evitar todo quebranto ó daño á los altos intereses encomendados á la entidad solicitante,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido aprobar las modificaciones que contienen los nuevos Estatutos, autorizando la publicación del nuevo texto, en el que figuran incorporadas las antiguas disposiciones que se conservan.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 28 de Marzo de 1923.—Alcalá Zamora.—Señor...

Estatutos de la Cruz Roja Española.

Artículo 1.º La Cruz Roja Española tiene por fin primordial coadyuvar, en tiempo de guerra, á la acción de la sanidad del Ejército y de la Armada, y en época de paz, acudir al socorro de las desgracias producidas por siniestros y calamidades públicas, secundando la acción de las autoridades gubernativas. Ninguna obra humanitaria ha de considerarse extraña á la acción de la Cruz Roja, dentro de lo que permita la realización de los fines principales del Instituto.

Art. 2.º Esta institución, declarada de utilidad y de beneficencia en todo el territorio de la Monarquía y única autorizada oficialmente para la asistencia de los heridos en campaña, tiene capacidad jurídica para los actos de la vida civil y goza del beneficio legal de pobreza, de la franquicia postal y telegráfica y de la exención del impuesto del Timbre y del que grava los bienes de las personas jurídicas, hallándose comprendida en el párrafo cuarto, art. 22 de la ley de 23 de Abril de 1870, y en el núm. 3.º del art. 2.º de la ley de 30 de Junio de 1887. El ganado, carruajes y automóviles de la Cruz Roja están exceptuados de la requisición militar en tiempo de guerra, y sus hospitales y demás establecimientos sanitarios estarán también exentos de la carga de recibir alojados.

Art. 3.º La Cruz Roja subordinará todos sus actos á los preceptos de la más acrisolada caridad, no haciendo nunca distinción de amigos y enemigos entre los que sufrieren y atendiendo á todos con igual solicitud.

Art. 4.º La institución atenderá, con preferencia, á los objetos siguientes:

1.º A estudiar y preparar el desarrollo del plan general de organización sanitaria á retaguardia del frente de bata-

lla, así como la evacuación de heridos y enfermos, y todos los servicios relacionados con la conducción de unos al interior del país, con arreglo á las órdenes é instrucciones de las autoridades militares, sin intervenir, mientras éstas no lo dispongan, en la asistencia en las ambulancias y hospitales del teatro de operaciones y en las enfermerías de los buques de guerra.

2.º A preparar y disponer la creación (en los puntos que se designen) de hospitales y sanatorios que puedan utilizarse en caso de guerra, así como la asistencia en ellos de los heridos y enfermos transportados al interior del país.

3.º A reunir los datos y obtener las cooperaciones oficiales y particulares que puedan utilizarse oportunamente en una hospitalización en grande escala, por causa de guerra ó calamidad pública.

4.º A reclutar personal dispuesto á prestar sus servicios en caso de guerra, dotándolos del material correspondiente al cometido de cada uno.

5.º A estudiar los adelantos de la legislación de todas las naciones, en cuanto se relaciona con la guerra y sus consecuencias, y los progresos científicos con respecto á la curación de los heridos, proponiendo al Gobierno las reformas que juzgue convenientes.

6.º A encargarse, en caso de guerra, por orden ó con la venia de las autoridades competentes, de la identificación é inhumación de los muertos, de la desinfección de los campos de batalla, del establecimiento de centros de información para la familia de los militares, de la correspondencia de los heridos, prisioneros é internados, y, en general, de toda clase de servicios humanitarios ó auxiliares de las funciones de los Cuerpos de Sanidad Militar, en beneficio de las víctimas de la contienda.

7.º A establecer ambulancias y puestos de socorro para recoger y curar á los heridos en asonadas y motines, sin interponerse nunca entre los combatientes.

8.º A excitar los sentimientos caritativos del país en favor de los heridos y de los enfermos de los ejércitos combatientes y de las víctimas de las calamidades que, en España ó en el extranjero, revistan, por la importancia del daño, el carácter de públicas.

9.º A velar por el exacto cumplimiento de los Convenios internacionales relacionados con los fines de la Institución y á cumplir, en cuanto le concierne, los acuerdos de sus conferencias internacionales y de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja.

10. A formar, por medio de cursos prácticos, personal con los conocimientos que se requieren, para los primeros cuidados á los heridos y auxiliar á los médicos en las curas y preparar, teórica y prácticamente, á los que adquieran el compromiso de desempeñar la función de enfermeros en tiempo de paz y de guerra.

11. A organizar é instruir especialmente un Cuerpo de enfermeras, dentro de las necesidades impuestas por el plan general, creando hospitales que sirvan para la enseñanza del personal del propio Cuerpo, ó utilizando, con este fin, Establecimientos ya existentes.

12. A organizar maniobras y ensayos de movilización que, no sólo adiestren al personal y sirvan de prueba del material, sino que, á la vez, extiendan por todo el territorio el conocimiento práctico de la misión del Instituto, contribuyendo así á que se le proteja y respete.

13. A vigilar el riguroso cumplimiento de todas las leyes y disposiciones que se refieran á la defensa y conservación de la salud pública, auxiliando resueltamente á las autoridades sanitarias en tan importante materia.

14. A coadyuvar eficazmente á la acción sanitaria, ya or-

ganizando Dispensarios, Consultorios y Policlínicas gratuitas, divulgación de conocimientos higiénicos y profilaxia de enfermedades evitables, ya facilitando personal adiestrado para toda campaña de defensa de la salud pública.

15. A utilizar todos los medios de propaganda para infundir en el pueblo el amor á la Higiene, salvaguardia de la salud individual y colectiva; el cumplimiento de los deberes de protección al enfermo, defensa de la infancia y de los anormales y á cuanto tienda á contribuir á la formación de generaciones vigorosas en lo físico y en lo moral.

16. A establecer Institutos de reeducación de inválidos de la guerra y del trabajo y organizar obras de Puericultura, gotas de leche, cunas, cantinas, jardines y colonias escolares, roperos, cocinas económicas, comedores de caridad y otras análogas.

17. A relacionarse íntimamente con Instituciones como las Ligas antituberculosas antialcohólicas, Sociedades de higiene, de salvamento de náufragos, Conferencias de San Vicente de Paúl, Beneficencia domiciliaria, Protectora de los niños y de los emigrantes, Trata de blancas, Reforma de delincuentes, Exploradores y otras semejantes para contribuir, moralmente, en cuanto sea posible, mediante la co-ordenación de esfuerzos, á que resulte más provechosa la labor á cada uno encomendada.

18. A organizar, allí donde no las hubiere y sea factible, brigadas de bomberos, de salvamento y de desinfección; bibliotecas populares y cualquiera otra Institución que de algún modo realice fines de instrucción sanitaria, de beneficencia ó de caridad.

19. A procurar la difusión del idioma universal «esperanto» y la constitución de la «Cruz Roja de la juventud», según acuerdos y recomendaciones de las conferencias internacionales.

20. A mantener cordiales relaciones con las Sociedades que constituyen la Confederación internacional de la Cruz Roja.

Art. 5.º La Cruz Roja Española deberá estar representada oficialmente en todas las conferencias internacionales que el Instituto celebre, recibiendo instrucciones del Gobierno acerca de los temas que hayan de ser objeto de discusión y acuerdo.

Art. 6.º Por delegación de S. M. el Rey, ejercerá la jefatura suprema de la Cruz Roja Española, S. M. la Reina, y cuando por ausencia del Reino ú otras causas no pudiera desempeñarla, ejercerá la jefatura suprema la Reina Cristina, y, en su defecto, la Infanta de España que S. M. designe.

Art. 7.º La Cruz Roja Española dependerá permanentemente del Ministerio de la Guerra, y también del de Marina en lo que se relaciona con los servicios propios de la Armada; igualmente dependerá del Ministerio de Estado para los asuntos de índole internacional.

(Continuará.)

MONTEPIÓ FACULTATIVO

SECRETARÍA GENERAL

ANUNCIO DE PENSIÓN

Dofia Carmen Montesinos y Salas, viuda de D. Enrique Villegas, solicita pensión de viudedad.

Lo que se publica para conocimiento de la Sociedad y á los efectos del Reglamento.

Madrid, 9 de Mayo de 1923.—El secretario general, *Marín*.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 699.2. Ídem mínima 694.5; temperatura máxima, 22°.6; ídem mínima, 5°.3; vientos dominantes, NO. SE.

Signe siendo relativamente favorable el estado de la salud pública y reducida la cifra de la mortalidad si se compara con el creciente é innegable aumento de la población de Madrid. Los catarros estacionales localizados en las vías respiratorias y en las digestivas, las dermatosis, los reumatismos articulares, las erisipelas y algunos casos de infecciones intestinales, han constituido la mayoría de los afectos agudos observados en la semana.

En los niños algunos casos de sarampión y pocos de escarlatina.

Mortalidad de Madrid en Abril de 1923 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Abril de 1923.
Menores de 1 año.....	217	233
De 1 á 4 años.....	206	167
De 5 á 19.....	111	89
De 20 á 39.....	191	182
De 40 á 59.....	249	265
De 60 en adelante.....	342	386
Sin clasificación.....	1	3
TOTAL.....	1.317	1.325

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Abril de 1923.
Fiebre tifoidea.....	16	5
Tifus exantemático.....	3	»
Viruela.....	1	»
Sarampión.....	25	2
Escarlatina.....	2	»
Coqueluche.....	14	33
Difteria.....	8	2
Gripe.....	30	23
Otras epidémicas.....	2	2
Tuberculosis pulmonar.....	140	127
Ídem meníngea.....	20	17
Otras tuberculosis.....	25	20
Cancerosas.....	59	69
Meningitis.....	88	76
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	74	70
Orgánicas del corazón.....	85	98
Bronquitis aguda.....	82	87
Ídem crónica.....	36	36
Pulmonía.....	29	28
Broncopneumonía y otras.....	142	170
Enteritis (menores de dos años).....	42	41
Apendicitis y tifitis.....	3	5
Hernias y obstrucciones.....	13	11
Cirrosis hepática.....	11	14
Nefritis.....	44	63
Septicemia puerperal.....	5	2
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	43	49
Senectud.....	36	36
Otras enfermedades.....	239	239
TOTAL.....	1.317	1.325
Varones.....	643	
Hembras.....	682	
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	43.90	
Ídem íd. en Abril de 1923.....	44.17	
Ídem íd. en Marzo de 1923.....	47.10	

Observaciones.

La curva de mortalidad madrileña, en los años normales, desciende en primavera para elevarse de nuevo en el estío á causa de las afecciones gastrointestinales de la primera infancia; baja notablemente en el otoño y alcanza su mayor altura en el invierno, época en la que las afecciones del aparato respiratorio, el mayor azote de Madrid, producen directa ó indirectamente la cifra más considerable.

Siguiendo esta norma, el mes de Abril ha tenido un promedio diario de cerca de tres defunciones menos que su precedente.

La nota más interesante de los tres primeros meses fué la baja considerable de mortalidad comparada con los promedios correspondientes del quinquenio anterior, acusadora de una positiva mejora de la salud pública. En el actual solo ha llegado á equilibrarse, pues han ocurrido ocho óbitos más que la media del mes en los cinco años precedentes.

Las afecciones infectocentagiosas siguen descendiendo con excepción de la coqueluche, que ha causado 33 víctimas. Veinte más que el mes anterior.

Diagnosticado de «Morfinomanía» ha fallecido un varón de treinta y cinco años, soltero, comerciante.

También se ha registrado un diagnóstico de «Hernia pulmonar» sin indicación de la causa productora de este caso excepcional.

Nacieron vivos 1.685.

LUIS LASBENNES.

Crónicas.

Punto aclarado. — A consecuencia de las públicas insinuaciones hechas con la futura realización de un concurso de oposiciones, deseosos de saber lo que de cerca ó de lejos pudieran tener de ciertas, hemos investigado en el Ministerio de Instrucción Pública y cerca del presidente del Tribunal, y en ambos lugares nos han afirmado competentemente que no tiene nada, ni ha tenido nunca nada de cierto el rumor de que hayan de efectuarse estos ni otros algunos ejercicios durante el verano, ni en sitio que no sea la Facultad de Medicina.

Excursión cultural. — Como indicábamos en el número 3.605 del 13 de Enero, con el sorteo del 11 del presente mes rifábamos entre los suscriptores de nuestro periódico un billete de ferrocarril valedero para las poblaciones de España y extranjero que se marcaban.

El número que ha correspondido al premio mayor de dicho sorteo es el 30.893.

Estamos repasando los números repartidos, y mientras tanto el suscriptor que sea poseedor del favorecido puede presentarlo en esta administración.

Muerte sentida — A la edad de sesenta y tres años ha fallecido en Zaragoza el día 19 del pasado Abril, el jefe del Servicio Sanitario de la Compañía de Ferrocarriles de Madrid-Zaragoza-Alicante, D. Clemente Mariscal, primo de nuestro querido amigo el ilustre Dr. D. Nicasio Mariscal.

Nuestro más sentido pésame.

Unión Sanitaria Valenciana. — En las elecciones verificadas para la designación de la Junta directiva de esta entidad, ha quedado constituida aquella en la siguiente forma:

Presidente: D. Francisco Moliner Alió, médico. — **Vicepresidentes:** D. Alfredo Moscardó Valero, farmacéutico; D. Pedro Tamarit Olmos, médico; D. José Bosch Mellado, veterinario; D. Alfredo Ibáñez A garra, odontólogo; D. Nicasio Benlloch Giner, médico; doña Consuelo Campos Agapito, matrona. — **Secretario:** D. Vicente Sales Crespo, farmacéutico. — **Vicesecretarios:** D. Ramón Mateu Pascual, practicante; D. Rafael E. Martínez Sabater, médico. — **Tesorero:** D. José Orensanz Moliné, veterinario. — **Contador:** D. Enrique Marzo Cansí, practicante. — **Bibliotecario:** D. Tomás Alcober Alafont, médico. — **Vocales:** Excmo. Sr. D. José Sanchis Bergón, médico; D. Francisco Torrens Roig, farmacéutico; D. Vicente García Donato, médico; D. Evaristo Navarro Sánchez, médico; D. Daniel Fenollosa A oy, farmacéutico; D. Juan B. Marco Navarro, médico; D. Andrés Martín Sancho, veterinario; D. Alfredo Valtino Balaguer, odontólogo; D. S. Virgilio Bonnet Jordán, médico; doña Benita Gil de la Concepción, matrona. — **Presidente de la Mutua:** D. Miguel Martí Pastor, médico. — **Redactor jefe del Boletín:** D. Alejandro García Brus-tenga, médico.

Nombramiento.—Por Real orden de 25 de Abril, Su Majestad el Rey ha tenido por conveniente nombrar vocales suplentes del Tribunal de oposiciones á ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad exterior, convocadas con fecha 31 de Octubre de 1922, á D. Mariano Bellogín García, director médico de la Estación Sanitaria del puerto de La Coruña, y á don Julio Orensanz Tarongi, médico de dicho Cuerpo, con destino en la Inspección general del Ramo.

Conferencia sobre Pasteur en Sevilla.—En el parainfo del Instituto de Sevilla, pronunció una interesante conferencia sobre el profesor Pasteur, el domingo día 13, el Dr. Gregorio Marañón.

El tema fué desarrollado con maestría y el orador muy aplaudido.

La «Gaceta».—Por Real orden del 4 del actual (*Gaceta* del 11) se nombra á D. Gerardo Pardo y Prado, magistrado de la Audiencia de Valladolid para presidir el tribunal de oposiciones á las vacantes anunciadas de médicos forenses y de las Prisiones preventivas que debe constituirse en esa Audiencia, formando además parte del mismo el catedrático de Medicina legal de la Universidad y el médico forense más antiguo de los Juzgados de esta capital.

—Por otra del 7 de Abril, inserta en la *Gaceta* del 12, se dispone se anuncie á concurso previo de traslado la provisión de la plaza de profesor numerario de Patología especial médica de enfermedades esporádicas, Terapéutica farmacológica y Medicina legal, vacante en la Escuela de Veterinaria de Santiago.

—Por Real orden del 5 de Mayo, inserta en la *Gaceta* del 12 del mismo, se nombra á D. Francisco Aguilar y Castelló catedrático numerario de Medicina legal y Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, con el mismo sueldo y número del Escalafón que actualmente disfruta.

Por consecuencia de este nombramiento y en cumplimiento de lo preceptuado en el Real decreto de 31 de Julio de 1904, se declara vacante la Cátedra de igual denominación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago.

—Por otra del 27 de Abril, inserta en la *Gaceta* del 12, se resuelve nombrar á D. Luis del Río y Lara catedrático numerario de Histología é Histoquímica normales y Anatomía patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, con el haber anual de 13.000 pesetas y el mismo número en el Escalafón que actualmente disfruta.

Por consecuencia de este nombramiento y en cumplimiento de lo preceptuado en el art. 1.º del Real decreto de 31 de Julio de 1904, se declara vacante la Cátedra de igual denominación de la Universidad de Zaragoza, de la que actualmente es titular el Sr. del Río y Lara.

Colegio de Huérfanos.—Los últimos donativos recibidos en la Administración de nuestra Revista para el Colegio de Huérfanos de médicos, son:

D. Camilo Calleja, 25 pesetas; D. Tomás Sesé de Santa Brígida (Canarias), 7,65 pesetas. Los herederos de D. Paulino de la Mora, abogado y diplomático, 200 pesetas.

Defunción.—En Torrejón de Ardoz ha fallecido el 10 del actual el médico D. José Calvo Romero, que ejercía en dicho pueblo desde hace más de treinta años, siendo, por tanto y por sus aciertos en la profesión, muy querido por el vecindario.

A su viuda enviamos nuestro sincero pésame.

Un banquete al Dr. Del Río.—Un grupo de antiguos alumnos de la Facultad de Medicina de Zaragoza, en la que el catedrático D. Luis del Río y Lara dió sus sabias lecciones durante más de treinta años, ha organizado un banquete-homenaje al citado profesor, con motivo de su toma de posesión de las cátedras de Histología y Anatomía patológica de la Universidad Central, desempeñadas hasta hace poco por Ramón y Cajal.

Multitud de antiguos alumnos del maestro que en Madrid residen, acudirán á rendir testimonio de gratitud y cariño hacia el Dr. Del Río, como delicado recuerdo de la ciencia y de las bondades que donó en los años estudiantiles, pasados en Zaragoza.

Las tarjetas para el banquete, que se celebrará el próximo 23 del corriente, en el Hotel Ritz, á las nueve de la noche, pueden recogerse en dicho hotel y en el Colegio de Médicos, Gran Vía, 8.

Excipiente inerte.—No se sabe qué fué en Roma más grande, si en los plebeyos el cobarde atrevimiento de pedir, ó en el Senado la condescendencia y la facilidad de conceder.

(Montesquieu.)

Supositorios Corbière.—Al presente número acompañamos una literatura de los Supositorios Corbière (Laboratoires Corbière et Lionnet, 25 y 27, rue Desrenaudes, París), cuya lectura recomendamos.

Bioplastina Serono.—Al presente número acompañamos una tarjeta del Instituto Nazionale Medico Farmacologico (Roma), agente para España, L. Lepori, Rambla de Catalunya, 65, Barcelona.

Quinarfer.—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio y Farmacia Americana, de Madrid (Carrera de San Jerónimo, núm. 1), cuya lectura recomendamos.

Productos García Suárez.—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio y farmacia García Suárez (Calle de Recoletos, 2 duplicado), cuya lectura recomendamos.

PAPELES YHOMAR

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



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

NIÑOS.—**FIEBRES PALUDICAS, GASTRICAS, TIFOIDAS, de DENTITION, GRIPALES,** después del brote en las **ERUPTIVAS,** estados febriles de las **NEUMONIAS, BRONQUITIS** y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

Quininfantina Delgado Ronco.

Papeles á base de *etilcarbonato de quinina*, valorado su alcaloide (quinina), permitiendo dosificación exacta, no irrita el tubo digestivo, y de sabor agradable. Más eficaz que los supositorios y enemas que provocan deposiciones y las pomadas de difícil absorción.

El papel de esta Revista está fabricado especialmente por la A. G. P. para EL SIGLO MÉDICO.

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