

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director - Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMON SERRET Y COMIN y Excmo. Sr. D. ÁNGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCISCO RODRIGUEZ
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	G. MARARON Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
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. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	E. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inocua y Colegio de la Paz.	E. NAVARRO CANOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.
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.
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.
A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	C. JUARROS Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.	J. Y S. RATERA De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.
F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	G. RODRIGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
		J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
		F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
		J. M. DE VILLAVARDE Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.
		R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Oleología española.—Archivo e inventario del Tesoro Oleológico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.—Oleología, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Oleológicos de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes.—Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento premios y auxilios a los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Sobre el tratamiento de las aguas potables por los derivados del cloro, por Víctor María Cortezo.—Un caso de fibroadenoma orbitario, por el Dr. Rodolfo del Castillo Ruiz.—Tratamiento de la diabetes: Conferencia por el Dr. Escudero.—La reeducación de inválidos para el trabajo, por el Dr. Decref.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Bibliografía por los Dres. J. y S. Ratera.—Periódicos médicos.

Sobre el tratamiento de las aguas potables por los derivados del cloro ⁽¹⁾

POR

VÍCTOR MARÍA CORTEZO

II

La depuración bacteriológica de las aguas por el calor encuentra serios inconvenientes en la escasez y carestía del combustible; la ozonización, ultravioletización é hiperultravioletización, aparte de su excesivo coste, presenta los de fragilidad, y dificultad de manipulaciones.

Y de los procedimientos químicos, la práctica va descartando: el de las sales de cobre, más práctico para destruir las algas, que para la depuración bacteriológica; el del permanganato potásico, empleado en la India en pequeñas cantidades de agua, y en el abastecimiento de tropas durante la guerra del Transwal, además de su dudosa eficacia y su coste, la disolución en frío es lenta, mancha dejando depósitos pardos de óxido de manganeso, y quedan en las aguas restos de potasio y manganeso, de cuya

ingestión prolongada no puede resultar ningún beneficio para el organismo.

Además, según Bonjean, para depurar aguas del Sena necesita emplearse en proporción de un decigramo por litro de agua, y en estas condiciones el color es francamente violeta (no rosa como pretenden algunos defensores del procedimiento) y el sabor muy pronunciado. Se ha tratado de remediar esto fijando el manganeso por filtración sobre determinados productos, ó agregando a los comprimidos de permanganato sustancias que, reaccionando con él, lo transformasen, impidiendo la coloración de la solución; pero, por regla general, estas reacciones debilitan el poder bactericida del producto, restándole eficacia y sin lograr hacer desaparecer el aspecto y gusto de las aguas así tratadas. También se ha intentado obviar este inconveniente sometiendo las soluciones a un viraje por la resorcina; pero no se oculta que esta maniobra, sin dar resultados positivos, complica enormemente el procedimiento, sin olvidar la toxicidad del agente empleado.

Los peróxidos que se encuentran en el comercio, suelen tener por principios activos el calcio, ó el sodio, y la propiedad bactericida de estos productos se debe a la formación, en contacto del agua,

(1) Véase el número anterior.

de agua oxigenada naciente ($H_2 O_2$), cuyo poder antiséptico es mucho más enérgico que el del agua oxigenada en solución. (Bonjean, Academie des Sciences, 2 de Enero de 1905.)

Los elementos minerales que contienen estos productos no son nocivos al organismo, ni comunican ningún color á las aguas, pero presentan otros inconvenientes: su fácil alteración en contacto del aire (formación de hidratos y carbonatos de sodio y calcio), su alcalinidad, que enturbia las aguas calcáreas, y el sabor desagradable del agua oxigenada.

Sobre el tratamiento de las aguas por la cal, preconizado por Houston, para la depuración de las aguas en Londres, y empleado por Hoover en Colombia, el primero recomendando dosis fuertes como microbicida, y el segundo, estimando que la cantidad empleada debe de ser la precisa para separar el ácido carbónico del agua, y que esta acción basta para destruir los microgérmenes; debemos también advertir que es muy costoso para ser generalizado.

Al propio tiempo que se iban desechando estos procedimientos de depuración de las aguas, adquiría mayor importancia el que utiliza con este fin los compuestos clorados.

Su aplicación ha dado lugar á la utilización de diversos cuerpos, y ésta á la implantación de diferentes procedimientos, que partiendo de lo más sencillo, llegan á los relativamente complicados que hoy se aceptan casi universalmente. Todos ellos son recomendables por su eficacia y por su inocuidad respecto al organismo, tanto los que preconizan el empleo del cloruro de cal seco, ó en disolución, como los que aconsejan el uso del hipoclorito de sodio, más ó menos concentrado, procedimiento, éste, utilizado casi exclusivamente en la actualidad desde que la industria le obtiene fácilmente por electrolisis de las soluciones de cloruro de sodio.

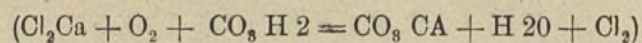
El servicio de Sanidad Militar de Francia, que hoy representa una indiscutible autoridad en esta materia, recomienda el uso del extracto concentrado de Javel, alegando las ventajas que supone el empleo de pequeñas cantidades de reactivo para depurar grandes masas de agua. J. Haper Nelson propone reemplazar el cloro del cloruro de cal en polvo, por el procedente de la acción del ácido clorhídrico sobre el clorato potásico. Vincent y Gaillard aconsejan el empleo de comprimidos formados con: 15 miligramos de hipoclorito cálcico y 3 centigramos de cloruro de sodio. Finalmente los americanos utilizan con éxito el gas cloro líquido, encerrado en bidones de acero de unos doce galones de capacidad y bajo una presión de 100 libras por pulgada cuadrada.

La eficacia de este método, del que en otra ocasión nos ocuparemos, ha podido ser apreciada por el autor de este trabajo en Londres, capital que se abastece de aguas así tratadas procedentes de estaciones cuya sencillez y escaso gasto de entretenimiento son notables.

La proporción de la mezcla desde: 0,2 de cloro, por 1000,000; de agua, á 2 de cloro, por 1000,000 de agua; proporción ésta última que se utiliza en las grandes turbias. El término medio es de 0,5 de cloro, por 1000,000 de agua.

Pero el más sencillo y económico de todos los procedimientos indicados es el que utiliza los hipocloritos; son éstos sales formadas por el ácido hipocloroso, y que se obtienen haciendo obrar en frío el cloro sobre las bases alcalinas. El de calcio es el resultado del paso de una corriente de cloro sobre la cal apagada, y el producto es una mezcla de hipoclorito, cal hidratada y cloruro de calcio. Los hipocloritos de sodio y de potasio resultan de la precipitación de una solución del de cal, por los carbonatos de sodio ó de potasio.

Estos tres hipocloritos, los más interesantes para nosotros, son muy solubles en el agua, pero muy inestables; bajo la influencia de los ácidos, el hipocloroso se desprende, y es suficiente el ácido carbónico del aire para producir un desprendimiento lento de cloro; este cloro se dirige, en parte, sobre la cal que queda para formar cloruro de calcio; pero el oxígeno del aire interviene también en la reacción, al mismo tiempo que el ácido carbónico, y se produce carbonato de cal, desprendiéndose todo el cloro



Bajo la influencia del calor los hipocloritos pierden su oxígeno, pues el clorato que al principio se forma, se convierte en cloruro desprendiéndose oxígeno. En presencia de determinados cuerpos como el óxido de cobalto, estas transformaciones continúan durante un tiempo ilimitado (sirvan estos datos para justificar la precaución de conservar las soluciones en sitios frescos y herméticamente tapadas).

He aquí una ligerísima representación de estos hipocloritos que tan excelentes resultados han de prestar á la Sanidad pública española, si no queremos oponernos á un movimiento más mundial, que europeo: el hipoclorito de calcio afecta dos formas, seco y líquido; el seco presenta aspecto de polvo blanco, higroscópico, con un débil olor á cloro, que se intensifica al disolverlo en agua, ó por adición de algún ácido. El líquido es la solución filtrada de una parte del seco en 45 partes de agua; esta solución debe marcar 200 grados clorométricos, y encerrar dos veces su volumen en cloro.

El hipoclorito de sodio debe de marcar el mismo grado clorométrico y encerrar también dos volúmenes de cloro; además, contiene siempre un exceso de carbonato de sosa y es muy alterable.

El hipoclorito de potasio posee el mismo grado clorométrico é idénticas propiedades que el anterior.

Cada uno de estos productos al ser lanzados por la industria lleva un nombre en homenaje de su primer preparador; pero la confusión en este sentido es enorme, dada la disconformidad de los autores, que han llevado la polémica, en algunos momentos, hasta revestirla de carácter nacional. Y así, mientras la mayoría denomina agua de Javel á las soluciones de hipoclorito de sodio, y licor de Labarraque á las de hipoclorito cálcico, otros califican de agua de Javel al hipoclorito de potasio, y de licor de Labarraque al de sodio; pero como lo que á nosotros nos interesa es el poder depurador de los hipocloritos como portadores de cloro en los abastecimientos de aguas potables, vamos á prescindir de estos desacuerdos, más profesionales que científicos, y denominar convencionalmente agua de Javel á las soluciones de hipocloritos alcalinos (sodio, calcio, etc.), que son los que hemos de emplear en la práctica sanitaria. Creemos que es medio diplomático de resolver el asunto, dejando á los litigantes que hagan lo mismo con su pleito.

Por lo que á la aplicación del cloro líquido se refiere en la depuración de las aguas, también tropezamos con algunos inconvenientes en la denominación; como el procedimiento es de importación americana (sin que esto prejuzgue sobre la originalidad), viene titulado «Chlorination», calificativo muy natural, puesto que en inglés se llama Chlorine al cloro; pero al tratar de castellanizar este nombre surge la duda de si debe aceptarse el de cloración ó el de cloración; quizás el primero sea más castizo en nuestro léxico, y el segundo más eufónico; pero nos conformamos con el barbarismo importado, creyendo así facilitar la investigación bibliográfica.

Así, pues, en el transcurso de esta publicación, y en las sucesivas, mientras al autor no se le dé mejor resuelto este problema de las denominaciones, usará de la palabra javelización, como término comprensivo de la depuración de las aguas por los hipocloritos, ya sean de sodio, potasio ó calcio; al hablar de extracto de Javel, el más comúnmente empleado, indicará un producto complejo conteniendo hipocloritos, ácido hipocloroso, cloruro, cloratos, sosa libre en exceso; y al hablar de clorinación indicará que el agente depurador del agua, es el gas cloro liquidado que expende la industria.

III

En la javelización forzoso es convenir que de los hipocloritos, solamente dos son de utilidad práctica: el de calcio y el de sodio.

El de potasio, es raramente empleado, y respecto de algún otro como el de amonio, aun con la garantía que le prestan ilustres defensores (de Race, *The Lancet*, Julio 1916), presentan para nosotros los inconvenientes anejos á una preparación relativamente complicada, y en contraposición, por consiguiente, con el fin que perseguimos de vulgarizar procedimientos eficaces, sencillos y económicos.

Mr. de Race alega argumentos de gran valor que debo incluir en este trabajo; obtiene el hipoclorito de amonio precipitando, por el oxalato amónico, una disolución de cloruro de cal, y eliminando el oxalato de calcio por centrifugación. Asegura el autor que el poder germinicida del derivado amónico es 20 ó 30 veces superior al de los otros hipocloritos, porque la sal de amoníaco inestable, en soluciones muy diluidas, se descompone en cloramina y agua, y el poder desinfectante de la cloramina es muy superior al del cloro. (En Medicina se encuentran en circulación productos específicos á base de cloramina, que se utilizan con excelentes resultados en Cirugía como antisépticos, y en Dermatología como tópicos.)

A pesar de todo esto, como la preparación del producto es algo complicada para empleado en grandes masas de agua, tenemos que postergar este procedimiento, y utilizar otro cuyos ingredientes puedan ser obtenidos en grandes cantidades, con la simplificación posible de manipulaciones.

El hipoclorito sódico le preparará la industria por electrolisis de soluciones de cloruro de sodio, ó bien tratando el cloruro de cal por el carbonato sódico; y el cloruro de cal, como ya hemos dicho en otro lugar, haciendo pasar una corriente de cloro por la cal apagada. En uno y otro caso, las reacciones que se producen son límites, esto es, que si se prolonga la acción del cloro, ó la de la electrolisis, se destruye el hipoclorito producido. El límite de estas reacciones se establece cuando la solución contiene, próximamente, 15° clorométricos, pues aunque algunos higienistas aconsejan titulaciones clorométricas mayores, es raro encontrar extractos que resistan durante algún tiempo 20° clorométricos.

Además, cuando se emplean soluciones adquiridas en el mercado, conviene evitar la confusión entre los grados Beaumé (indicadores de la densidad), y los grados clorométricos; esta confusión puede existir por la frecuente coincidencia de ambas cifras en las soluciones de hipoclorito.

Teniendo en cuenta estas razones, que dan lugar á la variabilidad en la titulación de las soluciones, es recomendable, cuando se opera en pequeñas cantidades, emplear aguas de Javel, prepara las por el mismo que las ha de utilizar, y he aquí el procedimiento que aconseja Mr. Pineau; se diluyen 5 kilogramos de hipoclorito de calcio en 10 litros de agua, y después de bien mezclados se añaden á este caldo, progresivamente, 40 litros de agua. Por otra parte, se diluyen 5 kilogramos de carbonato de sosa en otros 40 litros de agua; se mezclan las dos soluciones y se agita bien durante cinco ó diez minutos dejando sedimentar durante una hora; se filtra el líquido por una franela de algodón y se recogen 75 litros de agua de Javel que se dejan reposar durante cuarenta y ocho horas; se agregan 20 centigramos de permanganato potásico por litro de solución de hipoclorito, obteniendo así una solución titulada en 5 de cloro libre por litro, titulación que se mantiene constante durante mucho tiempo.

Con el agua de Javel en esta forma, y en estas proporciones obtenida, se pueden tratar de 700 á 800 metros cúbicos de agua.

También se ha logrado obtener este hipoclorito por electrolización del agua del mar, y así se ha realizado en algunos buques hospitales donde las aplicaciones sanitarias del hipoclorito de sosa han sido múltiples y utilísimas; el *Aquitania*, de la Marina inglesa, practica este procedimiento con excelente éxito. El electrolizador consiste en una caja de madera (encina ó pino) dividida en 20 ó 25 departamentos por medio de placas de grafito, y un pequeño cuadro de distribución, para corriente continua, á 100 ó 110 voltios; si la tensión es superior á ésta, se colocan dos electrolizadores en serie.

Son suficientes diez minutos con una intensidad de 60 á 75 amperios, para obtener una solución que contiene 4 por 1 000, de hipoclorito de sodio, y para muchos usos puede limitarse la duración de la operación á cinco minutos, con lo cual se obtiene una solución al 2 ó 2 $\frac{1}{2}$ por 1.000. El hipoclorito así obtenido es de una notable inestabilidad, á pesar de lo cual las experiencias realizadas en el *Aquitania* son interesantísimas, bastando para darse cuenta de ello el conocimiento de que dicho barco encierra, como término medio, 4.000 enfermos, es decir, mayor número que en ningún hospital europeo.

Cuando se trata de depurar mayores cantidades de agua (abastecimiento de ciudades), resulta más práctico el empleo del hipoclorito de calcio cuya preparación es más fácil. He aquí el modo de proceder, suponiendo que se desea obtener un metro cúbico de solución: se construyen tres depósitos en mampostería, mármol, cemento, etc., de un metro cúbico 400 centímetros aproximadamente; en uno

de ellos se vierten 200 kilogramos de cloruro de cal dos veces lavado, en otro igual cantidad del mismo producto lavado una sola vez, y finalmente, en el tercero otros 200 kilogramos de cloruro de cal sin lavar; se añade: un metro cúbico 200 gramos de agua al primer depósito y se agita bien la mezcla con pala de madera, dejando reposar hasta el día siguiente; el agua poco rica en cloro de este depósito se decanta, haciéndola llegar al segundo, se agita en igual forma, y se deja reposar otras veinticuatro horas, decantando el líquido sobre el tercer depósito, donde completa el enriquecimiento de cloro iniciado en el segundo.

La solución así obtenida encierra de 50 á 55 gramos de cloro libre por litro.

Este procedimiento lo he visto emplear prácticamente en la estación javelizadora de Yvry, y para dar idea de su eficacia baste decir que dicha instalación comparte, equitativamente, con la de Saint Maur, la javelización de las aguas del Sena que abastecen París.

Modo de obrar los hipocloritos:

Admitido que los hipocloritos llevan cloruros, al contacto con un agua potable que contenga bicarbonatos, una parte del hipoclorito se descompondrá; el ácido hipocloroso será desalojado por el ácido carbónico y una vez libre, las materias orgánicas del agua le fijarán y descompondrán, oxidándose.

Esta es la explicación más frecuente de la acción microbida de los hipocloritos, y, por ende, de la depuración bacteriológica de las aguas. Así, pues, los hipocloritos actuando en esta forma ($\text{ClO} = \text{NaCl} + \text{O}$) desprenden oxígeno en estado nascente, que oxidando la materia orgánica destruye los microbios. Pero en realidad la acción de los hipocloritos es mucho más compleja, pues si bien una parte de ellos realiza esta función oxidante, otra parte forma con determinadas sustancias orgánicas derivados clorados, en particular cloraminas, provistos de un estimable poder antiséptico. Una tercera parte de los hipocloritos se descompone por acción catalítica, y, en fin, otra parte obra directamente sobre el amoníaco, dando lugar según las circunstancias, ó al desprendimiento de nitrógeno, ó á la formación de la monocloramina, también antiséptica (Cl H_2).

(Continuará.)

UN CASO DE FIBROADENOMA ORBITARIO

por el

DR. RODOLFO DEL CASTILLO RUIZ

Profesor de Oftalmología del Instituto de la Encarnación.

En el mes de Enero del pasado año se presentó en nuestra clínica J. C., de treinta y dos años de edad, ca-

sada, natural de Badajoz y sin antecedentes familiares ni personales patológicos dignos de mención.

Nos refirió, que hacía próximamente dos años notó la presencia de un abultamiento en el reborde orbitario superior é interno del lado izquierdo, cuyo volumen, en un principio, se asemejaba á un garbanzo y que lenta y paulatinamente fué creciendo, sin dolores, y al mismo tiempo se le iba cayendo el párpado superior y el ojo se le desviaba hacia abajo y afuera.

Al explorar esta enferma observamos, en efecto, la presencia de un tumor duro é indoloro que, naciendo en la porción superior é interna de la órbita izquierda, ocupaba todo el reborde frontal de la misma, existía un ptosis bastante manifiesto del párpado superior y el ojo se encontraba rechazado hacia abajo y afuera. Había diplopia y ninguna alteración oftalmoscópica del ojo izquierdo, cuya agudeza visual era igual á un entero (fig. 1.^a).



Fig. 1.^a

Por su implantación, la marcha lenta y la dureza ebúrnea del tumor, diagnosticamos osteoma orbitario, y propuesta la intervención quirúrgica, que fué aceptada por la enferma, la ejecutamos el 16 de Febrero de 1923.

Como el ojo se encontraba con absoluta integridad anatómica y funcional, decidimos practicar la intervención de forma que el ojo fuese respetado, pues siempre que hemos intervenido en tumores orbitarios, excepción hecha de las neoplasias malignas, siempre hemos conservado el globo ocular, cuando éste se halla sano y útil para la visión, siendo altamente censurable la conducta de aquéllos que, por evitarse dificultades técnicas, sacrifican ojos sanos suprimiendo una función útil y cometiendo un grave pecado contra la estética facial por su torpeza quirúrgica.

Como la implantación del tumor era superior é interna y la tumoración se hallaba en el mismo reborde orbitario, no debía pensarse en practicar la operación de Krönlein como tiempo preliminar y nos limitamos á incidir la piel y tejidos subyacentes hasta el hueso, empezando al nivel de la cabeza de la ceja y terminando en la cola de la misma. Con un periostotomo

despegamos el periostio orbitario y lo rechazamos hacia abajo con todo el contenido de la órbita, y con sorpresa vimos limpio de toda tumoración el reborde frontal, y el tumor había quedado incluído en el contenido orbitario que con el periostio habíamos rechazado hacia abajo. Incindimos éste en dirección antero-posterior, para evitar la sección del músculo elevador del párpado superior, y nos encontramos inmediatamente debajo del periostio incindido un tumor del tamaño de una nuez, de eje mayor transversal que fácilmente fué enucleado. Como la hemorragia fué escasa y la hemostasia y asepsia correctas, no pensamos en dejar desagüe y suturamos el periostio y la piel, el primero con catgut y la segunda con crín de Florencia, dando por terminada la operación.

El curso postoperatorio fué irreprochable y á los doce días quitamos los puntos, pues la herida estaba cicatrizada por primera intención. Sin embargo, existía un blefaroptosis que tardó más de quince días en desaparecer, conservando la enferma su ojo sano, gozando de todos sus movimientos y de visión perfecta, pues la diplopia desapareció después de la operación (fig. 2.^a).



Fig. 2.^a

El examen histopatológico demostró se trataba de un fibroadenoma.

Este caso es interesante por el error diagnóstico á que dió lugar y nos permite, al mismo tiempo, hacer algunas consideraciones acerca de la técnica que en nuestro concepto debe de seguirse para la extirpación de tumores orbitarios.

Con alguna frecuencia hemos visto enfermos operados por distinguidos cirujanos de tumores orbitarios con conservación del globo ocular, con lesiones del elevador del párpado superior ó de alguno de los músculos propios del globo ocular, que nos ha obligado á intervenir sobre los mismos para remediar estos accidentes, que la mayor parte de las veces son ocasionados por defectos de técnica.

En efecto, en la cirugía oftalmológica debemos de cuidarnos muy mucho cuando practiquemos interven-

ciones quirúrgicas, del resultado estético de nuestras operaciones, pues no solamente debemos de respetar el órgano cuando cirugía conservadora practicamos, sino que debemos pensar que el ojo y sus anexos se encuentran visiblemente colocados y le dan una expresión estética al rostro.

En estos casos especiales de tumores orbitarios no sólo debemos estudiar el modo de extirpar el tumor conservando el ojo, sino que hemos de llevar más allá nuestras aspiraciones, pues lo mismo un blefaroptosis que un estrabismo ó una cicatriz fea, estropea y quita belleza á la intervención mejor ejecutada.

Uno de los peligros principales en estas intervenciones estriba en herir los músculos del ojo; el más expuesto es el elevador del párpado superior cuando se interviene en la porción superior, y los oblicuos cuando es la porción inferior, y estas lesiones pueden y deben de evitarse siguiendo la técnica por nosotros aconsejada.

En efecto, trazando las incisiones en el reborde orbitario, llegando hasta el hueso y desprendiendo y rechazando el periostio con todo el contenido orbitario hacia abajo, hacia arriba ó hacia adentro, según interviengamos por arriba, por abajo ó por fuera, *todos los músculos y nervios quedarán dentro del estuche periostico*, incluyendo la polea del oblicuo mayor, que permanecerá adherida al periostio orbitario. Entonces se incidirá éste en dirección anteroposterior, jamás transversal, evitan lo los músculos, y de este modo queda abierto el estuche del contenido de la órbita y se procede á la busca y captura del tumor, que debe de enuclearse por disección roma, cosa fácil en las neoplasias benignas, pues las malignas son tributarias de exenteración orbitaria, subperióstica de preferencia, para asegurarse contra la recidiva.

En los casos de tumores benignos profundos y voluminosos se recurrirá á la operación de Krönlein, que tiene su indicación especial cuando se trata de tumores de implantación externa; no obstante, cualquiera que sea el asiento del tumor, la operación de Krönlein nos da en todo caso una amplitud de campo operatorio muy estimable, pues si se trata de un tumor implantado en la porción superior é interna, por ejemplo, se puede rechazar el ojo hacia la brecha externa, y el campo superior é interno se ampliará de este modo.

En la fig. 2.^a verán nuestros lectores que en nuestra operada no existe ni blefaroptosis ni desviación ocular de ninguna especie y que el resultado estético es perfecto.

TRATAMIENTO DE LA DIABETES ⁽¹⁾

POR EL

DR. ESCUDERO

El Dr. Hernando:

Señores académicos, señores: Es costumbre en esta casa, que siempre que un conferenciante nos dirige por primera vez la palabra, sea un académico el que haga su presenta-

(1) Conferencia dada en la Real Academia Nacional de Medicina el 12 de Abril.

ción. En esta ocasión el señor presidente me ha concedido el honor de ser yo quien haga oír su voz antes de la elocuente del profesor Pedro Escudero, de Buenos Aires.

He dicho que es costumbre que se haga la presentación, y quizás no sea esto cierto en realidad, no esté bien empleada la palabra. No necesita el profesor Escudero ser presentado aquí. Es de todos vosotros conocido por sus trabajos, y no sólo del mundo médico de habla española, sino de todos los países, pues sus publicaciones no se han limitado á la Argentina ó á los países del mismo idioma, sino que han sido publicados en el extranjero y son conocidos por los médicos de todo el mundo.

El Dr. Escudero pertenece á la pléyade de hombres ilustres que tanto han contribuido al florecimiento de la Argentina en su aspecto científico, y entre ellos todos conocéis á Casteché, Urzáiz, Finochietto, Boche y Arana, etc., etc.

Estos profesores, además, han preparado á una gran cantidad de jóvenes investigadores, que aseguran, no el progreso actual, sino el futuro de la ciencia médica argentina.

Imposible es dar idea en unas cuantas palabras de la labor del profesor Escudero. Además todos la conocéis seguramente. Yo siempre que he querido estudiar algunas de sus publicaciones, he encontrado que son muchas y fundamentales, y no puedo menos de decir algunas palabras acerca de las principales. Entre ellas descuella la «Contribución al estudio de los quistes hidatídicos», tan frecuentes, por desgracia, en la Argentina y en España. Desde la monografía publicada en el 12, hasta los trabajos del último Congreso de la Argentina, cuyo presidente fué, son numerosos los estudios que han presentado, él y sus colaboradores, acerca de esa enfermedad, de sus formas clínicas, reacciones hematólogicas, etc.

Merecen también mención sus trabajos sobre endocrinología, entre los cuales merecen citarse su «Contribución al estudio de las alteraciones digestivas de origen endocrino», particularmente el trabajo sobre dispepsias tiroideas, publicado en algunos periódicos españoles. La tiroidina ha sido empleada por él antes que Far Nauer (?) y otros para el diagnóstico del hipertiroidismo, y ello ha permitido descubrir ó encontrar muchos casos de hipertiroidismo larvado en que faltaban el aumento del metabolismo basal y la taquicardia.

Deben recordarse también sus trabajos acerca de la vagotonía y simpaticotonía, muy recientes, el último publicado en *Endocrinologie*, en el año pasado, y en los cuales se modifica el concepto de Epinger y Hesse, ya que en vez de considerar estos estados como debidos al tono permanente del sistema, Escudero considera que lo importante es la hiper ó hipoejecitabilidad de las células de los centros nerviosos, única parte que puede serlo, y no el trayecto. Acerca de ello ha hecho consideraciones muy atinadas respecto de la manera de explorar, etc., que no podemos enumerar.

Y así habría que citar trabajos hasta más de un centenar, que entre monografías, libros y artículos periodísticos ha publicado desde el 1912, en que presentó su tesis, hasta su último trabajo sobre el tratamiento de la diabetes, cuyas primicias vamos á oír hoy, pues el libro no ha llegado aún aquí, aun cuando está publicado en la Argentina.

Puede decirse que ha visto el Dr. Escudero realizadas las aspiraciones de todo hombre. Como hombre de ciencia ha hecho una labor extraordinaria llegando á formar escuela que le asegura la continuación de su obra. Como profesor es eminente y querido por sus discípulos que se disputan la inscripción en su cátedra de Medicina. Como médico práctico ha llegado á una reputación como sólo la tienen los grandes clínicos del mundo, y como hombre, es además de

sabio, bueno, afable, sencillo en su trato, que hace aménisimo, atrayente y simpático.

Y no quiero entretenerlos más, pues más que yo diga, dirá su conferencia.

Va á hablar del tratamiento de la diabetes, asunto en el que se va á revelar como gran expositor, y no lo digo de memoria, porque ayer asistí á su conferencia en la Facultad de Medicina, y pude comprobar como todos los que allí había, la belleza de su disertación, intercalando anécdotas y casos curiosos, que hacían sumamente agradable su manera de expresarse, todo ello unido á la profundidad de conocimientos que exponía.

Hoy resaltará todo ello aun más, pues que no hay asunto como el tratamiento de la diabetes, en donde se puedan poner mejor de manifiesto las condiciones de biólogo y de médico. El posee todas las condiciones de maestro y de médico eminente, que seguramente hoy las demostrará en su más alto grado. Y ya voy á terminar leyendo algunos párrafos suyos acerca de las condiciones que el cree debe poseer todo clínico eminente, tal y como él los dijo en el discurso inaugural de la Facultad de Buenos Aires.

(Lee esos párrafos.)

En la lección que hoy nos va á dar, todos tendréis ocasión de comprobar que esas condiciones que él dice que debe tener el clínico, las reúne de cuerpo entero el profesor Pedro Escudero, de Buenos Aires, á quien doy la bienvenida y la enhorabuena anticipada por la conferencia de hoy, y de hecho se la doy por la de ayer.

También le encargo saludé á nuestros compañeros de la Argentina y les diga que sentimos un gran afecto hacia ellos y que celebramos sus triunfos como los nuestros propios. De mí sé decir, que cuando leo una revista extranjera, y al pie de un artículo veo un nombre español, y es de un argentino, siento la misma emoción que cuando es de uno de nosotros.

He dicho.

El Dr. Escudero.

Ilustre señor presidente de esta Real Academia, ilustre señor rector, señores académicos, señoras, señores:

Confundido por los elogios que acabo de escuchar de mi persona apenas balbucea mi pensamiento en los labios, aunque espero que entrando en discurso la frase brote como en mis horas mejores.

Caerá en error quien trate de conocerme al través del discurso del ilustre profesor que me ha presentado, porque el elogio colma la realidad de las cosas. Sin más virtudes que las de todo médico que hace de su profesión un sacerdocio y de su vida un altar de lo honesto, comprendo que el elogio escuchado, más que á mí, corresponde á la escuela que oficiosamente represento, corresponde á mi país tan caro á los hijos de esta tierra bendita.

Es que la compenetración espiritual es tan perfecta, tan unísono el vibrar de las almas de los dos pueblos, que llegar á Madrid—la ciudad de los grandes señores de la tradición, del Arte, de la Ciencia y de la Cultura—que llegar á Madrid como argentino, es traer la llave de oro que abre los corazones, es ir detrás del soplo de vida que aviva la llama del hogar para que la recepción sea más cálida; no, para que el recibimiento tenga la caricia tibia de los momentos de la intimidad.

He ahí porqué el elogio escuchado no va, no, dirigido á las cosas pasadas de mi actuación médica; es como el efusivo apretón de manos, el nudo del abrazo de despedida de un hombre que piensa como español cuando está en tierra argentina, que piensa como argentino cuando está en tierra

española; la dualidad España Argentina deberá ser entendida cada vez más como una unidad espiritual porque se acompañan como el calor y la luz del rayo solar. Y si un día pudo decirse del gran Monarca español que en sus dominios no se ponía el Sol, unamos nuestra fuerza para que pueda repetirse que en los dominios del habla castellana el sol del trabajo honesto y útil permanece eternamente encendido como una lámpara divina.

Agradezco á la honorable Academia el honor de haberme nombrado miembro correspondiente. Por regla general, cuando se disciernen honores, éstos están siempre por encima de los merecimientos; en mi caso no cabe duda. Pero aun convencido del favor recibido, más que del puesto conquistado, á pesar de que nunca halago humano agitó mis sienes un solo instante, acepto el honor profundamente conmovido porque esta Academia es una Academia española y si las cosas espirituales, las cosas cerca de Dios, saben de las cosas terrenas, en el nimbo de los buenos, una alma exquisitamente española comparte las emociones del momento.

Agradezco asimismo el honor de haberme brindado esta cátedra que honraron ilustres varones de esta tierra y de la mía; y si al correr del discurso notan que flaqueo por momentos, es porque me asalta la idea de mi inferioridad frente á esta cátedra.

Y ahora voy á decir algunas cosas acerca del tratamiento de la diabetes, que ya han sido enunciadas en un libro que probablemente está en publicación en España.

Durante mucho tiempo se ha discutido entre glucosuria y diabetes, sin llegar tal vez á una definición firme. Hoy felizmente ha desaparecido la duda, y la definición puede hacerse concreta. Si á un enfermo que tiene glucosuria le analizamos la tasa de azúcar sanguíneo, pueden pasar dos cosas: ó bien la glucosuria se acompaña de hiperglucemia, ó no se acompaña. En el primer caso se trata de diabetes y se da en la gran mayoría de los enfermos. En algunos casos la glucosuria no se acompaña de hiperglucemia, y ha sido denominada impropriamente diabetes renal, encontrándose este caso en las embarazadas y en algunas esclerosis renales; pero prácticamente, para el médico, glucosuria debe significar diabetes.

En los enfermos que conducen bien su padecimiento, ó en todos en caso de buen tratamiento, se da el caso de formas sin glucosuria, y, sin embargo, aumenta la tasa de azúcar en la sangre.

No puede haber diabetes sin hiperglucemia. No es del caso explicar su mecanismo y afirmar si se trata de hiperproducción ó de menor consumo. Lo probable es que se reúnan los dos mecanismos, correspondientes á las teorías de Starling y de Lepine.

Tampoco es del caso descifrar la influencia de las glándulas en general y del páncreas en particular; pero debe considerarse como la conquista más firme de estos estudios el establecimiento de que todos los diabéticos tienen una insuficiencia de la secreción de los islotes de Langerhans.

El tratamiento médico ha variado con las creencias que se tenían acerca de la enfermedad. Durante mucho tiempo predominaron las ideas de Bouchardat, con el régimen alimenticio azoado preferentemente. Más modernamente se ha preconizado la alimentación hipergrasa, con limitación muy grande de los hidratos de carbono y de los albuminoides. Se pueden citar los métodos de Hublard Wrigth y de Nodyat, ambos americanos. En ellos, mediante fórmulas, se establece la cantidad de grasa que se debe de dar á cada diabético.

En un tercer grupo se incluyen aquellos tratamientos

llamados hiponutritivos, entre los cuales se encuentran los de Ioslin Allens, americanos, y, por último, como tratamientos empíricos tenemos muchos que no tienen base anatómico-fisiológica definida; así el tratamiento de las patatas de Mossé puede ser considerado como hiponutritivo, por régimen alimenticio. También el lácteo, y el de la avena por Von Noorden, el de las legumbres secas de Labbé, no son sino regímenes hipergrasos, hiperazoados; pero todos ellos tienen un error fundamental, el ser sistemáticos; ello hace que cualquiera de estos regímenes sea aplicado para todos los diabéticos que sean gordos ó flacos, altos, chicos, mujeres, niños ó hombres, y por ello caen por su base, ya que van en contra de las ideas fundamentales de la clínica, que se opone ante todo al sistema.

¿Qué diríamos de un médico que nos asegurase que con 50 gotas de digitalina se curan todos los miocárdicos, y no con 30 ó 200, ó de otro médico que nos dijera que todos los reumatismos poliarticulares agudos se curan con 5 ó 10 gramos de salicilato? Ellos fallan en seguida por ser sistemáticos, pues esto expone á una cantidad de fracasos más ó menos grande.

Interesa á fuer de honrado y creo que todos los médicos que aquí hay me acompañarán, el decir que cada diabético constituye para el médico un verdadero dolor de cabeza. Pero cabe decir que cuando un diabético vive con azúcar, cuando la glucosuria no desaparece, está mal tratado, cuando no maltratado. Está bien tratado cuando vive aglucosúrico, y recuerdo mis dolores de cabeza frente á diabéticos que no podía, á pesar de mi mejor voluntad, á pesar de consultar los mejores tratadistas, á pesar de cambiarlos de régimen, convertirlos en aglucosúricos. Algunos no hacen caso de esto, pero el vivir con glucosuria, con hiperglucemia, significa tener encima una espada de Damocles, la acidosis que le sorprende en medio de una bronquitis ó de una gripe que á los demás no les haría guardar cama. En resumen, diabético con glucosuria es enfermo sometido á un régimen que no le conviene.

Se ha creído siempre ligada la diabetes á una perturbación metabólica de los hidratos de carbono, concediéndose poca importancia á los proteicos, las grasas, las vitaminas, el agua y las sales. Sin embargo, todos ellos intervienen, aun cuando nos reduciremos esta noche á los primeros para no ser demasiado largos.

Se ha creído que podía haber perturbaciones aisladas en la gota de los albuminoides, en la obesidad de las grasas y en la diabetes de los hidratos de carbono.

Los estudios de Labbé hicieron notar que en algunos enfermos con desnutrición había perturbación del metabolismo de los proteicos, por la cual eliminaban más que ingerían, es decir, comían sus propios músculos. Pero estas ideas no fueron aprovechadas para crear un tratamiento, ya que el de Labbé no es más que una continuación de las ideas anteriores á este dato del mal metabolismo de los albuminoides. La experiencia enseña que esto es cierto, que al principio de la diabetes es posible que exista solamente el mal metabolismo de los hidratos de carbono, pero á medida que el mal avanza, la perturbación se continúa con la de albuminoides y grasas, y hay diabéticos en los que la perturbación no es de los hidratos de carbono y sí de los albuminoides.

Leeré una historia. Se trata de un enfermo de cincuenta y un años, que lleva diez diabético, sometido á un régimen de 93 gramos de H. de C. 115 de Pr. y 61 de Gr. Total, 1.381 calorías, que teniendo una talla de 1,57, y un peso de 59 (teórico 63), dan 23 calorías por kilo. Tiene 2,85 de glucemia, 16,20 de glucosuria y orina de 3 á 4 litros.

Este enfermo vivía permanentemente con glucosuria. Le

sometimos á un régimen aumentando los hidratos á 140, las grasas á 110, las proteínas bajaron á 90, y el enfermo no solamente no tuvo más glucosuria, sino que redujo su hiperglucemia á límites aceptables. Se trataba de un caso de diabetes por perturbación de los albuminoides y no de los hidratos de carbono, que no se curaría nunca disminuyendo éstos. Por eso los aumentamos, y disminuimos los proteicos y la perturbación pasó.

Es muy frecuente la perturbación del metabolismo de las grasas, que explica la acidosis tan frecuente y conocida de todo el mundo. Es fácil explicar los hechos si se recuerda que el azúcar urinario puede provenir en el 100 por 100 de los hidratos de carbono, en el 58 de los proteicos, y en el 10 por 100 de las grasas. Frente á un glucosúrico es necesario averiguar la perturbación de cada uno de estos elementos, y no conformarse con decir que es el metabolismo perturbado de los hidratos de carbono, lo que da origen á la glucosuria.

Como conclusión se deduce que cada enfermo tiene un régimen óptimo particular, no preconcebido ni sistemático, y para establecerle hay que conocer la tolerancia para los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas.

Como la perturbación de los hidratos de carbono es la predominante, se la puede tomar como punto de referencia para clasificar á los enfermos en grupos, por lo menos para la enseñanza, y no tenemos más remedio que hacerlo, á pesar de sus inconvenientes. Muchos autores han hecho lo mismo. Algunos como Von Noorden aprovechan la tolerancia para de 20 á 100 gramos de pan, reduciendo los tipos á cuatro distintos.

Yo me pregunto, que si un enfermo tolera 100 gramos de pan pesando 100 kilos y otro tolera 100 gramos pesando 50, la tolerancia absoluta es la misma, pero la relativa es muy distinta, doble en el segundo, de lo cual se deduce que es necesario tomar una unidad de comparación para poder catalogar los enfermos, y nosotros referimos la tolerancia al gramo de substancia por kilo de peso corporal, y agrupamos á todos los diabéticos en tres grandes categorías: 1.ª enfermos con tolerancia de más de dos gramos de hidratos de carbono por kilo de peso; 2.ª, con tolerancia de un gramo á dos gramos por kilo corporal, y 3.ª y última, enfermos con tolerancia de menos de un gramo de hidratos por kilo de peso.

(Concluirá.)

La reeducación de inválidos para el trabajo (1)

POR EL

DR. DECREF

Prueba evidente de lo que digo, que el caso más notable que yo he visto en todos los países que he recorrido con este objeto, es uno que hay en París y que precisamente empleaba uno de los aparatos de más primitiva construcción. Mas vamos ahora á lo peor. Los deseos lógicos de favorecer la situación de los que habían padecido y seguían padeciendo por la Patria, y los muy justos de ver cómo se disminuían los grandísimos gastos que originaban las pensiones, devolviendo á la sociedad hombres útiles que pudieran por sí mismos atender á su propio sustento y al de los suyos, y la poca práctica que de estos asuntos tenían algunas naciones que no se habían preocupado de este problema en la paz, dió lugar á una explotación indigna. Véase lo que pasó en Francia como ejemplo. En los primeros

(1) Véase el número anterior.

momentos, esta noble nación, generosa con sus hijos, no reparó en gastos y se siguió el sistema de que los mutilados eligieran libremente el aparato hecho por el ortopédico que creyeran mejor, bastando solo una inspección facultativa que estaba á cargo de una comisión ante la cual el amputado hacia constar que estaba satisfechísimo de la utilidad de su prótesis y el Estado abonaba la suma que le pedían. Los constructores puestos de acuerdo con sus clientes hacían que éstos aceptaran como buenos sus aparatos, previo reparto naturalmente de los beneficios, y de esta forma fueron cantidades fabulosas las que se estafaron á la nación. De entonces data esa propaganda que hacían los célebres virtuosos contratados que lograban hacer desear usar aquellas maravillosas piernas postizas hasta á los que tenían las suyas completas, como mi clienta.

Con la reeducación ocurría otro fenómeno interesante. La mayoría no querían trabajar, apoyándose en que la patria que los había inutilizado los tenía que mantener; si aceptaban algún cargo era uno de esos sedentarios que desempeñaban antes de la guerra injustamente hombres útiles que podían dedicarse con sus completas aptitudes á otros oficios. Sólo aquellos individuos laboriosos y honrados amantes de mejorar con su labor la situación propia y la de los suyos no se resignaban á vivir con una pequeña pensión y decididos emprendían la reeducación de su antiguo oficio si éste se prestaba á readquirirse con la ayuda de algún aparato auxiliar, ó á la educación de uno nuevo que permitiera emprender sus limitadas aptitudes.

Pero aún quedaba por resolver otra árdua cuestión de la mayor importancia. Hemos visto que, por ejemplo, en Bélgica donde de antiguo existían modelos de estas instituciones como la de Charleroy y en donde su célebre Universidad del Trabajo había resuelto infinidad de problemas de este género tan interesantes y necesarios, al concluir la guerra no tuvieron más complicación que reducirse de nuevo á lo antiguamente establecido, sin más diferencia, naturalmente, que aportar los adelantos creados durante aquélla. Lo mismo hubiera pasado en Alemania de no haber perdido en la lucha dejándola sin recursos y teniendo la esperanza de que por su admirable organización volverá á resurgir cuando pase este tan incierto estado económico que la aniquila.

Pero en Francia que nada tenía hecho, que todo tuvo que hacerlo en pleno período guerrero, la reversión á lo civil es de una gran dificultad; pues tropieza esa organización con todos los vicios económicos y sociales que tuvieron en una época donde al dinero no se le ponía tasa y donde la responsabilidad era casi nula. Véase una prueba. Un año hacía que la gran guerra había estallado, y el célebre cirujano francés Tuffé tuvo el valor cívico y el patriotismo de que tantas y tan grandes pruebas han dado nuestros vecinos en momentos de angustia para su patria, de atreverse á denunciar á la Academia de Medicina la incompetencia de los médicos agregados á la Sanidad militar francesa sin preparación suficiente para resolver los problemas de la cirugía militar. Esta incompetencia se traducía en que el número de mutilados en el ejército era verdaderamente alarmante amenazando dejar inútil á toda la juventud francesa que saliera con vida de aquél, la terrible lucha. Por el hecho de que una amputación salvaba una vida, era innumerable la cantidad de muchachos que se quedaban sin brazos ó piernas. Se acordó entonces hacer escuelas y reunir congresos con frecuencia imitando á la Sanidad militar alemana, admirablemente organizada para que los médicos en la guerra no sólo salvaran vidas, sino combatientes que habían de ser los obreros del porvenir y para lo que las filas francesas se diezaban. ¿Creéis que esa irresponsabi-

lidad en el tratamiento de los accidentes civiles sería posible? ¿Es que el inútil de la guerra, víctima de un estado de inconsciencia de los pueblos y de críticos momentos en los cuales la previsión es muy problemática, se puede comparar con el inválido del trabajo de un accidente producido en un ambiente todo previsión y donde la serenidad de juicio, que en todo tiempo, en la paz, preside á los actos de las naciones cultas? De ninguna manera. No quiero penetrar en esa estancia de la conciencia nacional cuya puerta entreabro solamente para que pueda observarse con solo una ojeada el gran problema social que se dibuja allá en el fondo, y que basta para comprender las razones que antes apunté y que eran la causa de las graves dificultades que han de resolver naciones que hoy comprenden tarde su equivocada conducta al tratar el problema que constituye la base de la vida actual de los pueblos.

En este sentido nosotros llevamos una ventaja, la de no tener prejuicios que nos impidan el logro perfecto de estos ideales, pero hay que tener mucho cuidado en no crearlos.

Los inútiles para el trabajo son hombres civiles y civil tiene que ser la organización que los reeduce para la paz que es donde únicamente puede florecer aquél. Es más; el soldado que se inutiliza para el servicio de las armas se convierte por este sólo hecho en un hombre civil, retrotrayendo su estado como ciudadano á la situación en que estaba hasta el momento de entrar en filas, y, si la Patria, al volver inútil, nunca debe olvidar que por defenderla se encontró en esta situación, debe procurar devolverle la aptitud que necesita para ser un obrero, que es lo que ha de ser en el porvenir.

Por esta razón, con ser la Alemania del año 14 la nación más militarizada y también la más preparada especulativamente para la paz, al empezar la guerra habéis visto que aseguraba á sus soldados al ir á correr el riesgo como tales, no como militares, sino como obreros.

Estas ideas son las que á mi me surgió ya en 1903 la visita que con mi inolvidable maestro D. Alejandro San Martín hicimos en Austria á Sociedades obreras, como La Maltesa, de fabricantes de cervezas, aprendiendo desde entonces que las naciones que confunden este problema nunca llegan á resolverlo.

Ahora ya, después de estas notas que explican la verdadera aplicación de estos Institutos, los que no tuvieran clara idea de ello podrán darse cuenta de la utilidad de las instalaciones, cuyas fotografías hemos de proyectar.

Antes de concluir quiero hacer una importante aclaración. Las instalaciones de reeducación de inválidos no son nada costosas y pueden crearlas todas las Diputaciones ó Ayuntamientos, por pocos recursos que tengan. Hay que tener en cuenta que, como hemos dicho, el problema quirúrgico puede desempeñarlo cualquier hospital de los que ya poseen las Diputaciones, y que el de talleres también puede resolverse con los de distintas clases que existen en todas las poblaciones ó, mejor aún, capitales de provincia que son las llamadas principalmente á organizar estas útiles creaciones sin más que convenirse por una pequeña subvención con los maestros, y que éstos se sometan al plan que el ingeniero les dicte para la enseñanza de los aprendices. Quitados estos dos elementos que son indudablemente los más costosos de instalación y sostenimiento, un gabinete de orientación profesional puede tenerse completo por 20 ó 25.000 pesetas, y uno de fisioterapia con todo lo más necesario por unas 50.000, y de personal bastan un médico, un ingeniero, un maestro y dos enfermeros, claro que bien instruidos, esto sin contar con que la instalación de fisioterapia hoy la tiene ya cualquier hos-

pital medianamente dotado, y en este caso solo con un médico, eso sí, bien enterado de estas cosas bastaría. Lo principal que es la enseñanza de este personal podría muy bien hacerse en este Instituto Central que cuenta con toda clase de elementos y debe contar con personal apto para esas enseñanzas. De esta manera ya sería muy conveniente que el Estado obligara á las Diputaciones á montar estos centros, y así en un corto número de años España disfrutaría de los inmensos beneficios de que ya hemos hecho mención y entraríamos de lleno con la aportación de nuestras estadísticas y nuestro adelanto en la gran vía de las naciones civilizadas que conduce al progreso universal que ha de ser la única forma de contribuir á la paz del mundo.

Por último, señores, estos Institutos centrales deben contar con los Museos del Trabajo, que como el *Arbeiten Museum*, de Munich, son de la mayor importancia. No concibo cómo puede haber en España un Ministerio del Trabajo que no cuente con uno de estos museos. He aquí lo que en una de mis crónicas enviadas á *El Imparcial* de Madrid el año 1922 desde la capital de Baviera, decía yo:

«En mi artículo anterior expliqué la organización de las Sociedades obreras de seguro alemanas, y éstas, interesadas en aumentar sus capitales y rentas con objeto de favorecer cada día más su desarrollo y el de los beneficios que habían de reportar á sus asociados, quiso educarlos en el conocimiento de todos los medios que existieran ó pudieran existir para defenderlos de cuantos peligros los rodean, haciendo disminuir cada día más, tanto los accidentes, por medio de aparatos de defensa especiales, como sus enfermedades profesionales y comunes, mediante los conocimientos indispensables de la higiene, y para esto se fundó el Museo de que nos ocupamos.

En él puede adquirir el obrero una idea clara de la fisiología del cuerpo humano, en relación con su oficio, nociones de qué alimentos debe constituirse su ración, etc., y todo esto de manera tan clara, tan evidente, que después de indicarle las calorías que necesita, se le presenta en platos variados perfectamente imitados de carnes, pescados y legumbres, su equivalencia, de forma que, aun no sabiendo leer, lo pueda comprender. Hay una sección interesantísima de toda clase de máquinas y defensas que deben tener, para evitar los accidentes; estas máquinas funcionan para que se pueda juzgar prácticamente de su utilidad. La sección de enfermedades profesionales, cosa que en nuestro país no está ni siquiera iniciada, tiene un desarrollo verdaderamente notable. Allí un obrero puede ver demostrado, física y químicamente, el origen de esta patología y así, por ejemplo, los trabajadores expuestos á las intoxicaciones por el plomo, como los pintores, tienen piezas anatomo-patológicas perfectamente comprensibles hasta para las inteligencias más obtusas, con explicaciones sencillas y detalladas de cómo pueden envenenarse, efectos del envenenamiento y medios de evitarlo.

Existe otra sección de higiene privada, respecto á la vivienda, higiene de la embarazada y del recién nacido, y, en una palabra, cuanto con estas importantísimas cuestiones se relaciona. Tiene, además, una sala de conferencias con 100 plazas para oyentes, donde durante el curso se aclaran más aún estos problemas por especialistas médicos, ingenieros y arquitectos. En el año 1921 fué visitando por 16.538 obreros y se dieron 243 clases á 6.213 discípulos y discípulas. Este sería el complemento de esta institución.

Cuando viajando por esos países se conoce ese íntimo consorcio entre la ciencia y el trabajo, no puede uno por menos, al dirigir el pensamiento hacia España, que, entris-

tecido, lamentar la malísima orientación política que en estos años de gran evolución de los pueblos hemos sufrido. Es chocante, hasta el extremo que raya en la indignación, ver la mala dirección que en nuestro país han seguido los guías de la educación obrera, que sólo se han preocupado de cultivar con el odio su política, creando no obreros conscientes, sino halagados electores; es decir, que, como toda la política tradicional de España, necesitaron de la ignorancia de muchos para lograr el medro de unos cuantos. Hasta hace muy poco los hombres consagrados á cualquier ciencia fuimos tachados de sospechosos, siendo muy notable el contraste que notábamos entre los obreros extranjeros y los españoles, los que necesitábamos vivir en el ambiente de estas instituciones fuera de España alguna temperatura por deber ó afición á estos estudios.

Causábanos gran pena convencernos de que el obrero español era y sigue siendo el que menos cantidad y peor trabajo rinde. Esto es, á mi juicio, también causa de la emigración y de la decepción que al llegar á ciertos países sufren los obreros que blasonaban de conocer un oficio, pues así se lo hicieron creer los halagos de unos cuantos y convencerse de que á duras penas servirían para ser un aprendiz en las duras faenas del campo.

Mas como el obrero español tiene, cuando es apto y amante del trabajo, condiciones superiores á los de otros muchos países, cuando se decide á serlo de verdad y llega, solemos perderlo para nosotros, percatado de que no es nuestro ambiente el que más le conviene.

Recuerdo que este verano presencié una escena en nuestro Consulado en Bruselas que demuestra cuanto digo.

Un obrero metalúrgico español que hacía cerca de dos años que trabajaba en Bélgica, vino á enterarse en qué forma mejor y más económica podía traerse á su mujer y á sus hijos, que estaban en España. Al preguntarle yo la causa de no querer volver á su Patria, me contestó que deseaba que su prole se educara en el ambiente que en aquel país existía para el obrero y que él por desgracia había conocido tarde engañado y perturbado, por tanto hablarle de derechos sin haber conocido absolutamente nada de sus deberes.

Réstame sólo decir, que tengo mi conciencia tranquila de haber cumplido con mi deber como español y como ciudadano, predicando desde hace muchos años estas verdades que he creído beneficiosas para mi Patria, arrojando la indiferencia con que es premiado el que independiente, ni adula ni transige, pasando por la amargura de ver con frecuencia esas ideas tan sanas y humanitarias que empezaban á germinar, deshechas ó enmascaradas por intereses particulares mezquinos que las empujaban de nuevo hacia el olvido, sin que intentaran sacarlas de él salvándolas los que tenían obligación de hacerlo.

Quiera Dios que esta vez que de nuevo se sembraron y empiezan á brotar, nadie ose interrumpir su crecimiento hasta llegar á pleno desarrollo.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL DÍA 21 DE FEBRERO DE 1924

El Dr. Marín Amat presenta un caso de desprendimiento de la retina, de origen miópico, curado con el tratamiento (publicaremos este trabajo ampliado considerablemente por el autor).

El Dr. Márquez contesta al Sr. Marín indicando que, efectivamente, hay casos que curan, al parecer, espontáneamente, pero son excepcionales.

Son raros los que se curan totalmente con el tratamiento.

Yo tengo uno, padre de un médico, curado de varios años, con miopía y astigmatismo corregido tan bien, que de no advertirlo el enfermo, no se sabe cuál fué el ojo afectado. Alguno que otro caso semejante he tenido. Son muchos los casos que se alivian á veces considerablemente y muchos también los antiguos y externos que no se curan ni se curarán nunca. Como tratamiento no hay más que dos, á mi juicio, que sean verdaderamente eficaces cuando lo son porque no existan lesiones irreparables: 1.º, la inyección hipertónica de cloruro sódico al 15 ó 20 por 100, pues las débiles no sirven para nada. Como es dolorosa hay que añadir algo de cocaína ó de novocaína; 2.º, la punción escleral.

El primero sirve en los desprendimientos planos y externos; el segundo en los en bolsa prominente. A veces da buen resultado, como dice el Dr. María y yo lo he hecho varias veces, la punción seguida de inyección.

Hemorragia del cuerpo ciliar.

Dr. García Mansilla.—El caso que vamos á exponer tiene importancia, tanto por las dudas que suscitó para el tratamiento, como por las que surgieron del examen macroscópico del ojo enucleado.

El joven Agustín Sequiero Rufo, de veinticinco años de edad, natural de Santa Elena (Jaén), ingresó en la cama número 7 de la sala 23 á nuestro cargo, en el Hospital General de Madrid, el 10 de Enero del año actual.

Acusaba ligeros dolores en el ojo derecho que hacía seis años carecía de visión por haberla perdido con motivo de un traumatismo producido por la rama de un árbol que le ocasionó una queratitis supurada que dejó la córnea toda opacificada. Durante estos seis años no se ha preocupado del ojo, pero actualmente desea someterse á la estafilotomía con el fin de aplicarse un ojo de cristal.

A la observación comprobamos la existencia de un estafiloma total de la córnea con aumento de volumen del globo ocular. Este estaba duro, y aunque los dolores no eran muy intensos, si bien aumentaban á la presión, sospechamos, dados los antecedentes traumáticos que ocasionaron el estafiloma, la existencia de algún cuerpo extraño en el interior del ojo. En su virtud, desistimos de la estafilotomía y preferimos la enucleación, la que fué practicada el 22 de Enero. Las consecuencias de la operación fueron normales, saliendo el enfermo curado del Hospital el 7 de Febrero actual.

El examen directo del ojo enucleado, según se comprueba en el adjunto dibujo hecho por mi interno Sr. Crespi, que presenta una sección vertical anteroposterior por el centro de la córnea, revela lo siguiente: aumento de volumen del globo, córnea opaca y algo cónica, cristalino subluxado, la mitad anterior de la cavidad ocular en vez de vítreo está ocupada por una masa negra con motas blanquecinas que involucra el cuerpo ciliar en todo su contorno el iris y parte de la coroides.

La mitad posterior de la cavidad ocular está ocupada por el cuerpo vítreo rechazado hacia atrás por la masa patológica. En el eje anteroposterior del ojo se encuentra la retina plegada, cual un paraguas cerrado, extendida desde la papila del nervio óptico hasta los procesos ciliares, pero sin estar invadidos por la masa oscura. La papila, el nervio óptico y la esclerótica están normales.

Por el aspecto de la pieza patológica parecía tratarse de un tumor melánico de los procesos ciliares, pero el examen microscópico realizado con gran detenimiento por el ilustre histólogo Dr. Del Río Hortega, pone de manifiesto una hemorragia de los procesos ciliares.

Véase la nota remitida por el Dr. Del Río:

En las secciones anteroposterior del globo ocular se observa la existencia de una masa densa, que ocupa toda la mitad anterior de la cavidad ocular, rechazando el vítreo á la región posterior. Desde la papila al cristalino se extiende un cordón de espesor irregular y de color blanquecino.

El examen microscópico de las formaciones mencionadas, mediante los adecuados métodos de coloración, demuestra que existen las siguientes lesiones:

a) En el iris, y especialmente en los procesos ciliares hay signos evidentes de un proceso inflamatorio antiguo, caracterizado por la presencia de linfocitos, células plasmáticas y macrófagos, más ó menos abundantes según las regiones y algunos de ellos cargados de pigmento, perteneciente á la capa pigmentaria de la retina.

b) En el cordón central dirigido desde la zónula hasta la papila se observa una parte central, con bastantes vasos y abundante infiltración de linfocitos y células plasmáticas y dos partes laterales formadas por una membrana con abundantes repliegues, cuyas células se disponen más ó menos ordenadamente recordando á un epitelio.

De la observación atenta de estas membranas, se deduce que se trata de la retina desprendida y replegada y en tal estado de atrofia, que sus elementos nerviosos resultan irreconocibles.

Por el contrario, abundan las células neurológicas que forman la mayor parte de la membrana. Algunos núcleos de esas células tienen grandes dimensiones como corresponde á una gliosis consecutiva á la degeneración de los elementos nerviosos.

c) Alrededor del cordón retiniano y ocupando la mitad anterior del globo ocular, existe un antiguo foco hemorrágico en el que se observa la presencia de acúmulos de hematíes y de espacios con plasma, en los que abundan los macrófagos; unos cargados de pigmento hemático, y otros, los más próximos á la coroides (á la que permanece adherida la capa pigmentaria de la retina) de pigmento retiniano.

Parálisis de los óculo-céfalo-levogiros y parálisis del aparato despiciens.

Dr. Basterra.—Mis propósitos eran presentar los dos casos á la Academia, porque viéndolos son mucho más instructivos; pero uno de ellos, el primero, ha desaparecido de la clínica al proponer el Wassermann en suero y líquido cefalorraquídeo. Me limitaré, por lo tanto, á relatar este caso brevemente, dando á conocer los datos que he recogido de la exploración clínica.

Las parálisis de los movimientos asociados de los ojos tienen para nosotros gran interés, porque las vemos con poca frecuencia. Los internistas y neurólogos tienen más ocasión de observarlas con motivo de hemorragias ó reblandecimiento cerebral ó por lesiones del mesocéfalo (parálisis alternas de tipo Foville). Por mi parte, no obstante llevar varios años ejerciendo la especialidad, son los dos primeros casos que veo en un intervalo (casualidades de la clínica) de quince días.

El primer caso, el que no he podido traer aquí, es una niña de veintitrés meses, nacida de término y bien constituida con relación á su edad. La madre ha tenido tres abortos. Padre sífilítico, mal tratado y con destrucción de los pilares izquierdos del velo del paladar, debido probablemente á un goma. Refieren los padres que desde hace unos tres meses han notado en la niña que desvía los ojos hacia la derecha.

Observada la enfermita, se apreció que la cabeza la tenía casi constantemente desviada hacia la derecha, así como los

ojos. El ojo derecho se hallaba en *adducción*, y en *adducción* el izquierdo. La parálisis no era pura, puesto que el O. D. y el O. I. pasaban de la línea media; más el O. D. que el O. I., haciéndola mirar hacia la izquierda; á estos movimientos hacia la izquierda acompañaba siempre la cabeza para volver en seguida á la derecha.

Los demás movimientos oculares, elevación, descenso y convergencia, eran normales. Las pupilas reaccionaban, directa, consensual, acomodación y convergencia, normalmente. Los fondos de ojo, completamente normales. No había diplopia, á juzgar por la rapidez y falta de vacilación al coger los objetos y al bajar y subir en un sillete. La reacción pupilar de Tournai no existía. Como se sabe, esta reacción consiste en la dilatación pupilar que se presenta en el ojo que se halla en *adducción* en los movimientos laterales. Confieso que esta reacción no he tenido la fortuna de hallar en los casos que se me ha ocurrido investigarla. Esta enfermedad era muy á propósito para ver esta reacción pupilar, y, sin embargo, no la tenía.

Los reflejos rotulianos parecía que no existían (téngase en cuenta las dificultades de exploración), y por este motivo mandé la enferma al Dr. Lafora, quien me comunicó que, al parecer, presentaba la niña un síndrome de Foville. Se ordenó á la familia que se hiciese á la enferma un Wassermann en suero y líquido cefalorraquídeo, y ésta fué la causa de que la niña no volviese ni donde el Dr. Lafora ni á mi clínica.

La parálisis de esta niña es, sin duda, congénita y específica, y hubiese sido de interés seguir la evolución del proceso con el tratamiento apropiado que se hubiese prescrito.

El segundo caso es aún más interesante y más raro de ver. Se trata, como ustedes pueden apreciar, de una parálisis del aparato despiciens (Grasset).

He aquí su historia: P. L., veintidós años, soltero. Sin antecedentes. En Agosto hizo un año tuvo un chancre sífilítico en el prepucio. Le trató el Dr. Sicilia con cinco inyecciones de neo. El enfermo marchó al pueblo, abandonando el tratamiento por considerarse fuera de peligro. A los pocos meses volvió á Madrid porque sentía fuertes dolores de cabeza. Le pusieron una inyección de 0,05 de silber, y á las cinco horas de la inyección tuvo un ataque, perdiendo el conocimiento durante más de veinticuatro horas, con parálisis del lado derecho. La boca, torcida hacia el lado izquierdo, y los ojos, muy desviados hacia arriba (intensa reacción de Herxheimer). Cuando recobró el conocimiento hablaba muy mal.

Durante el tiempo que permaneció en el Hospital, dice que le pusieron muchas inyecciones de neo y de cianuro de mercurio.

Este enfermo fué presentado por el Dr. Sicilia á la Academia Médico-Quirúrgica, siendo requerido por él en dicha sesión para que diese mi parecer sobre los trastornos oculares que presentaba el enfermo.

Véase la nota muy escueta que á mi petición me manda el Dr. Sicilia: «Los antecedentes escuetos son: 1.º, sífilis, con chancre grande, descuidado en el tratamiento desde que éste cesó, creyéndose ya fuera de peligro; 2.º, cuando pasados dos meses le ví tenía sífiloma cerebral (en este momento hubiese sido interesante la opinión de un neurólogo), con paresia palpebral y dilatación pupilar izquierda, paralización intestinal, oscilaciones y tendencia á la caída, balbuceo y estupor cerebral. Bastó 0,5 de silber y herno fenil para ictus violento, en estado pseudocomatoso más de veinticuatro horas, dilatando la pupila derecha acreditando el intenso choque Herxheimer, por el tamaño del infiltrado lesional de los fenómenos de compresión, separando bastante del cuadro de la hemorragia; 3.º, medicación de cianuro y neo fuertes has-

ta más de 50 cada uno, á pesar de Wassermann y reacciones en líquido cefalorraquídeo negativadas no han podido modificar las parálisis oculares que quedan residuales.»

Cuando hace mes y medio ví á este enfermo detenidamente en mi casa, presentaba lo siguiente: Los movimientos oculares eran normales, excepto los de depresión, asimismo á la convergencia había bastante pereza. Los globos oculares no pasaban de la línea media horizontal. Si se entregaba al enfermo una tarjeta para que la leyese, lo hacía después de una serie de movimientos con la cabeza de flexión y elevación; también los párpados presentaban movimientos idénticos (sinergias funcionales), pudiendo leer pasado un corto espacio de tiempo con la cabeza flexionada. Ordenando al enfermo ver un objeto próximo, no convergían los ojos con la rapidez que sucede en el estado normal. La hacían con lentitud y no al mismo tiempo, es decir, que uno de los ojos, unas veces el O. D. y otras el O. I. pasaba de la línea media antes que el otro. No había diplopia ni á los 5 metros ni de cerca. Presentaba anisocoria, la pupila izquierda estaba más dilatada que la derecha. Los reflejos pupilares eran normales (fotomotor, acomodación y convergencia). Agudeza visual, de cerca y lejos normal. No había parálisis de la acomodación. Campo visual normal y campo de mirada no pasaba de la línea media horizontal, como puede verse en gráfica. Fondos de ojo normales. En la actualidad, hace ya mes y medio de la primera exploración, el enfermo ha mejorado. Ahora, si mandamos al enfermo que mire rápidamente hacia abajo no puede hacerlo, pero sí en el caso que le obliguemos á seguir nuestro dedo, mientras lo descendamos lentamente. La anisocoria ha desaparecido. Esto hace suponer que este enfermo curará en un plazo más ó menos largo.

Las parálisis de los movimientos de asociación pueden explicarse por la existencia de un aparato coordinador situado al parecer en el mesocéfalo. La fisiología prueba su existencia. En cambio la Anatomía, hasta la fecha no la ha hallado. Los fisiólogos y entre ellos Grasset consideran más fácil la explicación de las parálisis de los movimientos de *elevación* y descenso, que los laterales. A mí me parecen más complicados, porque en los laterales intervienen solo dos músculos: recto interno del O. D. y recto externo del O. I. si es el aparato dextrogiro. En cambio, en los de elevación ó descenso intervienen cuatro músculos, dos para cada ojo: rectos superiores y oblicuos inferiores para la elevación y rectos inferiores y oblicuos superiores para la depresión. Ciertamente es que para simplificar el problema, Grasset hace de dos músculos uno, y si esto en teoría es muy seductivo, en la realidad no deben suceder las cosas tan fácilmente.

Para explicar el mecanismo de la parálisis de mi enfermo me he permitido hacer este esquema en el que actuando los cuatro músculos (sin reducirlos á dos) satisface, por lo menos teóricamente, el mecanismo de las parálisis del aparato despiciens.

Interesante en nuestro caso es saber el lugar donde radica la lesión. Es probable teniendo en cuenta los antecedentes y la parálisis derecha que tuvo el enfermo á las pocas horas de la inyección de silber, que la lesión se hallase en la zona sensitivomotora de la corteza cerebral izquierda.

Dr. Márquez.—La existencia de centros supranucleares es para mí indiscutible, como ya dije hace varios años en un trabajo.

En centros nerviosos con el método anatomoclínico la patología precede á la fisiología y á la anatomía. Se sabe que hay centros y vías que llevan la corriente desde un hemisferio á los centros supranucleares al recto externo del lado

opuesto y al interno del mismo lado. Ahora los esquemas varían. Los de Grasset, los que ahora propone Basterra y los que yo propuse, son diversas maneras de expresar un mismo hecho. Pero ¿cuál de ellos será el verdadero? A mí naturalmente me gusta más el mío.

En el caso del Dr. Basterra ya me pareció observar que el ojo no podía mirar hacia abajo de un modo voluntario, pero sí de un modo reflejo. ¿Es lesión de la neurona central que deja intactos los centros supranucleares? En la clínica del Dr. Suñer hay un niño enfermo que no puede mirar hacia arriba, con diabetes insípida y ensanchamiento de la silla turca al examen radiográfico.

Evidentemente existen estas parálisis de función. Y respecto de los oculogiros, no cabe duda de ninguna especie.

Grasset cita un caso propio, y otro de Prevost, en el que había desviación de los ojos hacia un lado y de la cabeza hacia el otro, caso rarísimo, ya que la desviación de la cabeza y la de los ojos se hacen en el mismo sentido, pues los oculogiros y los cefalogiros del mismo lado están ó paralizados ó excitados ambos; pero en los casos citados por Grasset hay parálisis de uno coincidiendo con excitación del otro.

Este era también el caso de un ilustre compañero fallecido, á quien yo observé que tenía hemiplejía del lado izquierdo, desviación de la cabeza hacia el lado izquierdo (excitación del cefalogiro izquierdo) y de los ojos hacia el lado derecho (parálisis del oculogiro izquierdo).

Se trataba de un foco cortical muy extenso. La repetición del segundo ataque le ocasionó la muerte varios años después.

Presentación de enfermos tracomatosos tratados por el procedimiento del cloro.

Dr. Calderón.—En la sesión anterior tuve el honor de presentar á vuestra consideración dos enfermos tracomatosos antiguos, tratados única y exclusivamente por el cloro, cuya historia clínica á grandes rasgos es la siguiente:

F. R., de cincuenta y cinco años, de Madrid, mozo de equipajes de la estación del Norte, y, por lo tanto, expuesto continuamente á los agentes exteriores irritantes, como el calor, el frío, la luz intensa, el viento, polvo, etc., etc., ó sea en las peores condiciones higiénicas para que sus ojos sufran continuamente de una serie de molestias, de las cuales se vería libre si estuviera en otro medio donde desarrollara su acción de trabajo.

Hace más de veinticinco años que padece del tracoma, habiendo sido puestos á contribución para curarle, por la serie de oculistas que le han visto, desde el raspado y la expresión de sus granulomas, hasta la nieve carbónica, sin dejar por eso de haber puesto en acción también los toques de nitrato de plata, sulfato de cobre y bicloruro mercurio.

Desde hace once meses se está tratando con el cloro únicamente, y aunque ya habéis visto que curado no está, habéis podido apreciar el buen estado de las conjuntivas; pues el granuloma propiamente dicho casi no se advierte, dando la citada mucosa la impresión de deslustrada ó esmerilada, poco rubicunda aún en los fondos de saco superior é inferior, sin edema palpebral, con pestañas abundantes, y habiendo desaparecido la sensación de cuerpo extraño. Sólo ha tenido un ataque de pannus en todo ese tiempo, y fué dominado muy bien desde un principio, no llegando á ulcerarse la córnea, habiendo simultaneado en él durante este accidente las instilaciones de atropina y azul de metileno, á más del tratamiento por el cloro.

Dos veces al día pone en contacto con sus conjuntivas el cloro, y como está, según su expresión, *como nunca de bien*,

él está encantado, y yo no creo exagerar al decir que aún más que él.

El otro enfermo, F. M., de treinta y cinco años de edad, cartero y de Crevillente, hace nueve años que es tracomatoso.

Habéis observado en él que no da la sensación de tracomatoso cuando se le mira, envolviéndole con esa mirada *genérica* con que ante todo debemos observar á nuestros enfermos. Sus conjuntivas de fondo de saco, lo mismo que las tarsales, están casi limpias, no observándose en ellas más que una opacidad, caso imperceptible con el color sonrosado normal; sin edema de párpados ni rubicundez, y con pestañas completamente normales.

Tampoco está curado; pero nunca podía yo esperar sostener á este enfermo en esta situación estable, sin complicaciones de ningún género, con sólo siete meses de tratamiento, también de una manera exclusiva por el cloro.

Yo quisiera haber traído más enfermos; pero me ha contenido solicitar la presencia de muchos de ellos estos días de nieve y frío tan crudos que padecemos.

De todos modos, la conclusión que yo he sacado de mi práctica numerosa de tracomatosos tratados por el cloro, es que en general mejoran todos, muchos de una manera portentosa y siempre de una forma que perdura; pero que existen algunos en los cuales la acción del cloro es menos manifiesta, llegando, raras excepciones, en otros á hacerse intolerable el cloro por la acción cáustica que produce. Esto ha ocurrido siempre en enfermos que tenían ulcerada la córnea, y en otros, aun con esta condición de úlcera corneana, lo han tolerado perfectamente y aliviado desde el principio del tratamiento hasta hacer desaparecer la ulceración, quedando poco leucoma, y sólo observándolos de tarde en tarde porque no había justificación para otra cosa.

La gran ventaja del tratamiento del tracoma por el cloro es que se puede dejar en manos del enfermo por su calidad intrínseca, dirámoslo así, de fácil manejo y exento de peligros; y al oculista sólo le toca vigilarlo de vez en cuando para aumentar ó disminuir la cantidad de cloro puesta en contacto con las conjuntivas según el efecto conseguido.

La acción antiséptica del cloro, de todos tan conocida, yo me la explico sobre el tracoma creyendo que obra no sólo por ser tal antiséptico en contacto con el agente específico de la granulación, sino seguramente porque se une á esta acción la del ácido clorhídrico naciente á que dará lugar el cloro al combinarse con el hidrógeno del agua de las lágrimas, por ser ávidas especialmente de este elemento, y por dejar también en esa combinación oxígeno libre, que actuará también como antiséptico. Por eso el cloro es un oxidante indirecto, y como tal se le emplea á veces.

Bibliografía.

MANUAL DE RADIOSCOPIA GASTRODUODENAL, por los Dres. Félix Ramond y Charles Jacquelin.

En este Manual, escrito de un modo claro y conciso (todo él consta de 137 páginas), encontrará el médico práctico cuanto pueda interesarle para el ejercicio corriente de la Medicina.

Partiendo de los principios generales por los cuales se rige la producción de las imágenes radioscópicas, expone de una manera muy completa el modo de preparar al enfermo y los diferentes exámenes que deben de hacerse en él, comenzando por el examen en ayunas, al que sigue el hecho después de la ingestión de la comida opaca, realiza lo en distintas posiciones del enfermo, concluyendo este primer capítulo de su obra por una ligera mención del modo de realizar la radiografía del estómago y duodeno.

En los capítulos siguientes son analizados los caracteres que presentan las imágenes normales del estómago y duodeno y las anomalías, tanto de forma como funcionales, á los que sigue la interpretación que de los datos radioscópicos puede hacerse para sentar un diagnóstico de las afecciones gastro-duodenales, terminando por hacer resaltar la importancia que la radioscopia tiene como medio de comprobación de la terapéutica empleada para combatir dichas afecciones.

DRES. J. y S. RATERA

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. La arterioesclerosis en la insuficiencia del tiroides.—El Dr. Arthur M. Jellberg hace un estudio detallado de los experimentos realizados en animales tiroideotomizados, en los cuales se presentó como secuela la arterioesclerosis; así como de los buenos resultados obtenidos en ésta con la aplicación del extracto tiroideo y publica el siguiente caso clínico:

J. C., varón, de veintiún años de edad; jamás había estado enfermo antes de la afección actual. La historia familiar no tenía nada de importancia. El único punto de interés en la historia fué que nunca había tenido deseo sexual ni erecciones. La iniciación de la enfermedad actual databa de la edad de diez y seis años, cinco años antes de su admisión, que fué cuando el paciente observó que engrosaba demasiado en la cara y tronco, aunque las extremidades no aumentaban de volumen. También los parientes observaron esto. El paciente engruesó y debilitó cada vez más y sintió que no tenía fuerza suficiente en las piernas para dar apoyo á su cuerpo. Al mes de observar la iniciación de la obesidad tuvo que suspender su trabajo como telefonista, viéndose obligado á guardar cama desde entonces. Lo trataron los médicos con varios productos glandulares; pero no se observó mejoría.

Exploración física.—Aunque el paciente tenía veintiún años de edad, no parecía de más de doce años. Tenía 140 centímetros de talla. La cara y tronco eran muy obesos; pero las extremidades eran en extremo delgadas, y esta desproporción era muy notable. El cuerpo estaba cubierto de vello fino y largo, más abundante en la cara dorsal del tronco y de los miembros. El cabello era muy fino; se extendía hasta los rebordes supraorbitarios de las cejas. Había escasa indicación de bigote, y no presentaba vello en la barba. El vello púbico presentaba distribución femenina y cubría un cojín adiposo, grueso, semejante al monte de Venus.

La piel era muy seca y escamosa. Desde la rodilla hacia abajo había manchas purpúreas. Presentaba ulceraciones en ambas caras pretibiales.

La macidez cardíaca estaba ensanchada hacia la izquierda y había un soplo sistólico en la punta. El segundo ruido era más notable en la región aórtica. La presión sanguínea sistólica era 175; la diastólica, 135.

No había hipertrofia ganglionar. El pene y los testículos eran muy pequeños. La orina presentaba un peso específico satisfactorio de 1.014; no había azúcar, albúmina ni cilindros.

La observación roentgenológica del cráneo reveló notable rarefacción difusa en todo el cráneo; pero la silla turca era bastante pequeña.

El paciente presentó signos de bronconeumonía. Apareció pronto insuficiencia circulatoria, y murió á las tres se-

manas de su ingreso. El diagnóstico clínico fué síndrome pluriglandular.

Autopsia.—El páncreo adiposo era muy grueso. El timo estaba reemplazado por completo por tejido adiposo.

El tiroides era de buen tamaño, y cada lóbulo medía 4 por 2,5 por 2 centímetros. Era de menor consistencia que la común. Al microscopio se observó que la mayor parte de los acini habían quedado reemplazados por células adiposas. Los que quedaban presentaban grados diversos de hipertrofia. En algunos sitios había nidos de células epiteliales, con núcleos picnóticos. Se habían roto algunos de los acini que quedaban y había escapado la sustancia coloidal en el estroma. Los acini intactos estaban llenos de sustancia coloidal.

El corazón pesaba 350 gramos, y era muy grande en comparación con los demás órganos (el bazo pesaba 40 gramos; el hígado, 850 gramos). La pared ventricular izquierda estaba engrosada, y el miocardio presentaba pequeñas cicatrices. En la hojilla aórtica de la válvula mitral había una gran placa de ateroma. El cayado de la aorta y las ramas mayores de las coronarias presentaban notables alteraciones ateromatosas.

Había notable bronconeumonía bilateral extensa y formación de abscesos.

El bazo, hígado, páncreas y suprarrenales no presentaban notables alteraciones macroscópicas.

Los riñones juntos pesaban 200 gramos. Aunque se desprendió la cápsula con facilidad, en la superficie se encontraron granulaciones finas é irregulares. Al microscopio se observaron arterias muy gruesas, que variaban desde el tamaño de los conductos aferentes hasta el de las arterias arqueadas. Esto se debió, quizás por completo, á las alteraciones hialinas y adiposas de la íntima, la cual presentaba en algunos sitios hipertrofia de la media. Con un colorante de elastina se observaron reduplicaciones numerosas de la lámina elástica interna (tipo hiperplásico de Jores, de engruesamiento de la íntima). Había zonas cuneiformes, cerca de la superficie de la corteza, en las que los glomérulos habían sufrido hialinización y fibrosis. Había muchos túbulos atrofiados; otros presentaban degeneración epitelial y descamación más ó menos notables. Con las preparaciones de van Gieson y Mallory se encontró notable fibrosis intersticial.

Las suprarrenales no presentaban alteraciones de mayor importancia.

En el cerebro se encontró, en la región de la cápsula externa derecha y el núcleo lenticular, una gran hemorragia, al parecer reciente, que se extendía hacia atrás, á una distancia de unos 6 centímetros, y tenía un diámetro de 2 centímetros. En la región de la hemorragia había una arteria rígida, casi de la consistencia del tubo de una boquilla.

La hipófisis parecía normal.

No había infarto de los ganglios linfáticos. Los testículos revelaban disminución de la espermatogénesis.

En la observación microscópica se encontró arterioesclerosis generalizada, más notable en los riñones, el bazo y el páncreas. Las arterias más pequeñas y menores correspondían al tamaño de los conductos interlobulares y aferentes del riñón, se encontró engruesamiento adiposo y más bien hialino de la íntima, con hipertrofia muy notable de la media.

Y de esta observación deduce los siguientes comentarios:

Se ve, por tanto, que el paciente presentaba dos complejos sintomáticos, al parecer discretos, y el equivalente anatómico de cada uno se encontró en la autopsia.

1.º Un síndrome de hipertensión, con presión sanguínea

diastólica de 135, hipertrofia cardíaca y hemorragia cerebral; correspondiendo á esto, se encontró en la autopsia arterioesclerosis generalizada y contracción primaria incipiente de los riñones.

2.º Iniciación súbita de la adiposidad, de distribución especial, con retardo del desarrollo esquelético, y en especial el genital, así como distribución anómala del vello. Estos fenómenos son indicativos de un trastorno endocrino, y en la autopsia se encontró hipertrofia muy extensa del tiroides, sin otras anomalías manifiestas en los órganos endocrinos.

¿Están estas dos series de fenómenos, en realidad, tan disociadas como parecería á primera vista? A la edad de veintidós años, es en extremo rara la arterioesclerosis generalizada de los vasos mayores y menores, con hipertensión y hemorragia cerebral, fuera de los casos de glomerulonefritis, estado que no se encontraba aquí. Tampoco á esta edad es común el mixedema (quizás deberíamos decir hipotiroidismo, porque no había alteración de la piel); de modo que, con la sola base estadística, se deduce la probable correlación de los trastornos endocrinos y cardiorrenales. Cuando se considera el caso á la luz de los datos clínicos, patológicos y experimentales sumariados más arriba, cabe poca duda de que la causa activa, en la producción de la arterioesclerosis, es la insuficiencia tiroidea.

En este caso, no sólo había aterosclerosis de los vasos mayores, como en la arterioesclerosis senil común, sino que también había espesamiento de las arterias, en varios órganos. Este es un hallazgo común, cuando ha existido hipertensión sanguínea durante un tiempo prolongado, y, en realidad, este caso presentaba notable hipertensión. No se puede decir en el caso actual, más que en el caso común de hipertensión, cuál es la relación entre la hipertensión y la arterioesclerosis, con la resultante esclerosis renal. Pero es de gran interés para el estudio de la patogenia de la llamada hipertensión esencial en general, el hecho de que esta combinación muy frecuente de hipertensión y arterioesclerosis se debe, en ciertos casos, aunque raros, á un trastorno endocrino. (Edición española de *The Journal, A. M. A.*, 1.º de Marzo de 1924.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Síndrome protuberancial agudo, probablemente de origen encefálico, por Vincent y Darquier.**—Durante la actual epidemia gripal han tenido ocasión los autores de observar casos en los que se presentó rigidez de la nuca, parálisis facial, neuralgia occipital, etc., siendo en especial curiosos, tres casos de alteraciones protuberanciales agudas; los enfermos, que eran jóvenes y que no presentaban ningún síntoma de sífilis, acababan de pasar la gripe ó vivían en un medio de griposos.

Tratábase en el primero de una mujer de veintidós años; el comienzo, sin ser del todo brusco, fué rápido. Al cabo de una semana, aproximadamente, sin elevaciones térmicas, ni reacción meníngea apreciable, presentó el síndrome de Millar-Gubler (parálisis del VI y VII pares derechos, de tipo periférico; hemiplejía izquierda, acompañada de trastornos sensitivos: disociación siringomiélica), al cual se añadía una hemiplejía orgánica (de las extremidades superior é inferior derechas), sin que tomara participación la parte izquierda de la cara.

El examen del líquido cefalorraquídeo reveló linfocitosis é hiperalbuminosis ligeras; proporción de glucosa, normal.

Los fenómenos presentados son ligeros, fugaces, como en los casos de trastornos de origen tóxico infeccioso.

En los otros dos enfermos, un dolor de la nuca, persis-

tente durante cinco ó seis días y vértigo de Menière típico, precedieron á los trastornos nerviosos propiamente dichos.

En el mismo lado que la lesión del nervio vestibular existía una lesión del trigémino, caracterizada por la abolición del reflejo corneal y por disociación siringomiélica de la sensibilidad en el campo de distribución del trigémino.

No existía ninguno otro síntoma de enfermedad orgánica del sistema nervioso; no se observó reacción meníngea clínica, anatómica ni humoral. La mejoría se produjo rápidamente.

La ausencia de la sífilis, la coincidencia con la epidemia gripal y los caracteres de los trastornos nerviosos indican que se trató de la localización de un proceso toxi-infeccioso sobre la protuberancia.

Pero pudiera ocurrir que este proceso hubiera sido encefálico: en dos de estos enfermos existían fenómenos de hipertensión farádica provocada del trapecio é hipertensión pasiva provocada de los músculos flexores de la pierna.

La hipertensión parquinsoniana, observada por Vincent, depende más de la encefalitis que de la gripe.

La producción de estos fenómenos parquinsonianos puede verse así en el curso de la encefalitis como en los períodos postencefálicos. Su asociación con el síndrome de Menière es muy rara (sólo han sido publicados tres casos); menos raro es que se asocien á una laberintitis frustrada. (*Gazette des Hôpitaux*, 26 de Enero de 1924.)—PELÁEZ.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Sobre el aceite de chenopodio, por L. Cheinisse.

El aceite de chenopodio que venía siendo ya empleado como antihelmíntico en América del Norte, antes de la guerra, ha sido recomendado por A. Riff (de Estrasburgo), y considerado por el profesor Sigalas, de la Facultad de Medicina de Burdeos, como el verdadero específico de los áscaris lumbricoides. La posología que aconseja M. Riff es la de XLV gotas, tomadas en tres cápsulas gelatinosas con intervalo de una hora, en el adulto; XXX gotas en tres veces, de once á quince años, y XV gotas, desde los seis hasta los diez años. Sigalas reputa como dosis máximas la de L gotas en el adulto, XL gotas en el viejo y en el adolescente, y de IV á XXX en el niño, desde los dos á los quince años. De 120 enfermos tratados por M. Riff con la esencia de chenopodio, solo uno acusó sordera muy pronunciada, con vértigos y zumbidos, atribuidos á la posibilidad de haberse equivocado al contar las gotas ó á que éstas fuesen demasiado voluminosas. Sigalas por su parte dice que los únicos trastornos que ha observado de tarde en tarde después de la inyección del aceite de chenopodio, á dosis terapéuticas, han sido vómitos, sordera y con más frecuencia estreñimiento.

Sin embargo, el notable pediatra alemán H. Bruning ha dado cuenta recientemente de cinco envenenamientos producidos por este medicamento, cuatro de ellos seguidos de muerte, y su discípulo el Dr. Prenschauff había ya recogido en su tesis inaugural otros 24 casos de envenenamiento, diez y seis de ellos mortales: en total, 29 envenenamientos, con 20 defunciones que representan una proporción del 69 por 100.

Bruning denuncia como una de las principales causas de estos gravísimos accidentes la facilidad con que el médico se aviene á dejarse llevar por los deseos de las familias que piden algo para las lombrices, invocando en muchos casos los síntomas más fantásticos.

El aceite de chenopodio no debe recetarse nunca más que en los casos en que el diagnóstico no ofrezca la menor

duda. Tampoco debe prescribirse una cura vermífuga sino después de hallarse seguro de que el paciente no presenta otros trastornos del estado general que los provocados por la presencia de los vermes intestinales; sobre todo, habrá de tenerse en cuenta que, en toda afección aguda, el estado febril puede rebajar momentáneamente la tolerancia del organismo para los vermífugos, haciendo peligrosas dosis que no tienen nada de excesivas. En tales circunstancias, se esperará, para instituir la cura vermífuga, a que llegue un momento más propicio; conviniendo, con mayor razón, obrar con prudencia cuando se trate de un sujeto debilitado. No debe simultanearse la administración del aceite de chenopodio con la de ningún otro medicamento, interrumpiéndose al efecto unos días antes cualquier otra medicación en curso. Riff considera como absolutamente indispensable la administración de una dosis de aceite de ricino después de la última toma de aceite de chenopodio, dosis que debe repetirse si al cabo de cuatro horas no ha provocado una deposición suficiente: los efectos de la cura no se obtienen omitiendo este requisito, «pues los ascárides no son muertos por el remedio, sino simplemente aturridos, estupefactos, por lo que se hace preciso aprovechar este estado de letargia para evacuarlos». También puede administrarse como purgante el sulfato de magnesia, pero procurando no hacerlo en dosis excesivas, pues el doctor americano H. Muench refiere un caso de envenenamiento, consecutivo a la ingestión del aceite de chenopodio, que él atribuye, más bien, a una dosis demasiado fuerte de sulfato de magnesia: 125 c. c. de una solución al 25 por 100, en una niña de seis años.

El aceite de chenopodio está principalmente indicado contra las lombrices, habiendo sido también experimentado contra los oxiuros con resultados inconstantes, y contra la tenia con resultados nulos. Es un medicamento muy eficaz contra los anquilostomas, que, a pesar de ello, se tiende a substituir actualmente, en la lucha contra la anquilostomiasis, por el tetracloruro de carbono.

Las dosis de aceite de chenopodio que recomienda Brüning se reducen a administrar después del desayuno dos tomas, con una ó dos horas de intervalo, equivalente cada una a tantas gotas como años tenga el niño, huyendo de las emulsiones. (*La Presse Medicale*, núm. 18, 1.º de Marzo de 1924).—T. R. Y.

2. Trastornos olfativos a consecuencia de inyecciones de neosalvarsán, por H. Neumann.—El siguiente caso ha sido comunicado ya hace tiempo por el autor a la Sociedad de Otorrinolaringología, de Rumania.

Una señora de veintiocho años sufría de dolores reumatoideos en los miembros inferiores. Su marido había curado de una afección de la vista con inyecciones mercuriales. Hecha a la señora una reacción Wassermann, resultó positiva. Tales dolores fueron tomados como sífilíticos y se la hicieron, en consecuencia, varias inyecciones de neosalvarsán. A continuación de las mismas, la enferma perdió completamente el sentido del olfato que ha sido reemplazado por una perversión de dicho sentido: todas las sustancias olorosas, alimentos y diversos medicamentos la parecen tener un olor a café tostado. Algún tiempo después la alucinación olfativa y gustativa desapareció quedando en su lugar una anosmia completa. El examen minucioso de la cavidad nasal, de los senos perinasales, de la cavidad bucal, de la faringe y de la laringe presenta todo en estado normal.

El autor, para explicar estos fenómenos, recuerda que el neosalvarsán tiene una acción electiva sobre los nervios craneanos, habiéndose visto, hasta ahora, trastornos provo-

cados sobre el 9.º par, el 8.º y el 2.º. El caso que nos ocupa prueba que también el primer par puede ser afectado, ora por lesiones tóxicas centrales ó mixtas, ora con asociación funcional inhibitoria ó psíquica como en la histeria. (*Revue de Laryngologie d'Otologie et de Rhinologie*, núm. 4, 29 de Febrero de 1924).—T. R. Y.

RADIOTERAPIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tumor cerebral; curación de los trastornos por la radioterapia, por Chatellin y de Martel.—El caso es interesante, así por la acción curativa de la radioterapia profunda, como por la aparición, tras una punción lumbar, de accidentes bulbares, probablemente imputables al encajamiento del cerebelo en el agujero occipital.

Tratábase de una mujer que padecía desde hacía dos años cefalea casi continua con paroxismos violentos y vómitos. Algunos meses más tarde disminuyó la capacidad visual, y el examen oftalmoscópico reveló la existencia de edema papilar, síntomas de tumor cerebral. Un día, a continuación de una punción lumbar (que reveló una presión de 70 en el manómetro de C. Claudio), bruscamente se presentaron trastornos graves: síntomas bulbares, 125 pulsaciones por minuto, hipertermia y coma. Se pensó en fenómenos compresivos debidos a encajamiento de las amígdalas cerebelosas en el agujero occipital por aspiración del bulbo. Se recurrió, como último remedio, a la posición invertida, colocando al paciente en una mesa de operaciones con la cabeza lo más baja posible, con objeto de volver a su posición el bulbo. A los pocos minutos se inició la mejoría.

Durante varias semanas se mantuvo al paciente en la misma posición.

Se decidió entonces hacer una aplicación profunda é intensiva de rayos X. A los cinco días el estado de la enferma ya había mejorado notablemente. En la actualidad sólo persiste ligera cefalea intermitente. La visión, aunque mejorada, sigue siendo muy deficiente. (*Le Concours Medical*, 11 de Noviembre de 1923).—PELÁEZ.

SEROLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Antígenos y anticuerpos en el herpes zoster ó zona, por Nètter y Urbain.—La reacción de Bordet Gengou, que permitió descubrir los anticuerpos en el suero de sujetos afectos de viruela, de varicela ó de vacuna, ha sido ensayada por los autores en el herpes zoster, utilizando como antígeno la serosidad y la emulsión costras.

Les permitió descubrir anticuerpos en seis sujetos examinados, en cuatro de los cuales la enfermedad se hallaba en período agudo; los otros dos se encontraban en la convalecencia. Los ensayos de controlación fueron negativos, ya se empleara el suero de sujetos sanos, virus de vacuna ó costras de impétigo.

La técnica de Calmette Massol permitió a los autores comparar la proporción de anticuerpos. Preséntanse éstos desde el quinto día; cuando más abundantes son es a los veinte y veintiún días; a los ocho ó nueve meses son aún claramente manifiestos.

Estos hechos aportan nuevos argumentos a la tesis de la especificidad de la fiebre zosteriana. La persistente presencia de los anticuerpos cuadra bien con la conocida rareza de las recidivas del zona.

Los autores se proponen estudiar por el mismo procedimiento las relaciones entre la viruela y ciertas zonas. (*Gazette des Hôpitaux*, 7 de Febrero de 1924).—PELÁEZ.

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, prevención y socorro.

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Necrología: Fallecimiento del profesor Ricardo Paltauf, de Viena, por el Dr. Angel Pulido Martín.—El profesor José Barraquer, por el Dr. Marín Amat.—Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedisal.—Sección oficial: Presidencia del Directorio militar.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Importante Asamblea. — Aclaraciones inútiles.

Bajo la presidencia del subsecretario de Gobernación, Sr. Martínez Anido, á quien acompañaban los directores de Beneficencia, de Sanidad, el alcalde de Madrid y el presidente de la Real Academia de Medicina, se efectuó el lunes último la sesión inaugural de la Asamblea del Personal de Laboratorios Municipales de España. Después de un elocuente, breve y discreto discurso del Sr. Chicote, en que éste formuló el objeto y las aspiraciones de la reunión, fué leída la bien escrita Memoria de Secretaría, verdadero modelo en su género, por el Sr. Fernández Martos, obteniendo ambos merecidos aplausos.

También los obtuvieron los discursos del señor Murillo, actual director de Sanidad, y del Sr. Calvo Sotelo, que lo es de Beneficencia, ya conocido como orador eximio.

En todas estas oraciones dominó el concepto de la necesidad de sostener el carácter municipal y casi autonómico de la Sanidad y de la Higiene, asunto que por la actualidad que le da la publicación del reciente Estatuto Municipal, había de ser el que predominó en las deliberaciones y se reflejara en las aspiraciones de la reunión que aquel día se inauguraba.

Reservando nuestro juicio hasta conocer estas delicadas conclusiones, nos limitaremos, por hoy, á marcar la complacencia con que escuchamos las afirmaciones hechas en su discurso por el alcalde de Madrid, Sr. Alcocer. Limitó éste su acertada intervención á alentar á los asambleístas en el sentido del mejoramiento higiénico de los servicios municipales, atribuyendo á esta política el Sr. Alcocer, los resultados estadísticos beneficiosos de que dió muy breve cuenta. Vimos con gusto que en el sentido estadístico, reflejado en tales datos, se transparenta la necesidad para su interpretación de que merezcan una completa confianza en el doble concepto de su garantía de exactitud, considerados cada cual aisladamente, los dos factores de que se deduce la proporción de la mortalidad: es decir, la

cifra de las defunciones, que siempre es exacta, y la dudosa é insegura de la población permanente y flotante, que tan poca confianza puede merecer, en realidad, á los espíritus desapasionados. Mostró el Sr. Alcocer lo claramente que se daba cuenta de la dificultad del asunto, y nosotros, á nuestra vez, pensábamos en lo que, por ser cosa aparte de la Asamblea á que venimos refiriéndonos, pudiera hacer la autoridad local en la obtención de un Censo verdadero y efectivo, que sirviera de base, no solamente á las consideraciones de orden sanitario, sino á muchas otras de carácter administrativo, de imposición justa de los arbitrios é incluso de orden moral y de cultura.

Terminó esta sesión inaugural con un discurso del Sr. Martínez Anido en que éste confirmó sus decididos propósitos de atender con preferencia y sostener con firmeza todos los principios de gobierno que puedan encaminarse al mejoramiento de la salud pública.

Parece que las sesiones de la Asamblea siguen desarrollándose con gran interés y laboriosidad, habiendo celebrado también algunas reuniones de esparcimiento cordial, como té, concierto en el teatro Español, banquete de despedida, etc., etc.

Parece que continúa insistiéndose en algunos periódicos y en Centros en donde el asunto es de dudosa oportunidad, acerca de la cuestión de las desatenciones más ó menos efectivas de que se supone ha sido objeto el glorioso nombre de Cajal, después de éste haberse visto obligado á dejar su Cátedra por la jubilación automática, contra la cual siempre hemos protestado y protestaremos.

Si en tal asunto no se hubiese insistido en aludir, ignoramos con qué objeto, al nombre de nuestro director, no tendríamos por qué desistir de nuestro propósito de no tratarle en nuestras columnas, por no considerarlo *en estado de discusión periodística*. Obedeciendo á esta creencia hemos dejado de publicar cartas de protesta que podrían haber dado lugar á exacerbar una cuestión, que insistimos en creer que no tiene por qué ser tratada.

En cuanto á las alusiones de que es objeto el

Sr. Cortezo (que con efecto en este asunto es el *Decio Carlan* que sirve de anagrama á *La Redacción*, pero que no siempre es *Decio Carlan*), nos limitaremos á decir que ni él ni el Sr. Cajal necesitan hacer protestas públicas de su mutua consideración, de su estrecha y nunca interrumpida amistad, de la devoción con que el primero admira y venera la figura del segundo, y, en fin, la absoluta conformidad de pensamiento que entre ellos ha reinado siempre en los asuntos de verdadera importancia referentes á la pública cultura.

Quien como el Sr. Cortezo ha dado notorias, materiales y repetidas muestras de entusiasmo hacia Cajal, y quien como éste ha reconocido en el Sr. Cortezo su identificación de pensamiento científico, en documento que todos conocen y que Cortezo guarda con religiosa devoción como patente de estimación del sabio maestro (1), no necesitan estar á diario entreteniendo un tiempo útil para otras empresas y ocupaciones, para hacer protestas innecesarias.

Conocidas las maneras de pensar del sabio histólogo, gloria de nuestra patria, no podemos creer que se confundan en su ánimo las naturales decepciones del injusto procedimiento que en él ha determinado la separación *cronológica* de la enseñanza, con los respetos que él siempre ha profesado y hecho públicos acerca de la libertad de la cátedra.

En cuanto al Sr. Cortezo, que un día y otro viene protestando contra las jubilaciones de los maestros á los setenta años, sean ó no aptos y capaces para la enseñanza, él, *que se jubiló voluntariamente á los veintiséis*, no tiene otra cosa que decir en este asunto, sino que valdría más que, como tantas veces ha dicho, y defendido públicamente, se pidiese la reforma del arbitrario decreto de las jubilaciones y se empleara en obtener este plausible resultado, toda la inútil energía que se malgasta en procurar movimientos de opinión, que sin objetivo concreto, no tienen realización práctica posible.

DECIO CARLAN

(1) «No es usted—dice Cajal en el aludido documento—el único compatriota que ha tenido la benevolencia de juzgar mis trabajos y hacer justicia á mis sentimientos de patriótica imparcialidad; pero es usted, indudablemente, el primero que, antes de escribir sus cuartillas, ha procurado comprenderme y documentarse, pesando y justificando apreciaciones *gratísimas* para mí. Que la alabanza fundada en meras generalidades ó juicios de segunda mano, si halaga á veces la vanidad, no llega al corazón ni satisface al sentimiento de la propia estima.»

Necrología

Fallecimiento del profesor Ricardo Paltauf, de Viena.

El célebre profesor Ricardo Paltauf, el introductor de la serología en Austria, el *más puro* representante de la ciencia pura y de la ciencia aplicada á la curación, sin roce alguno con la industria ni con la economía, ha muerto en Viena, población que honró con sus estudios y que benefició de su saber. El profesor Paltauf, descendiente de una familia austriaca de muy antiguo abolengo, los Paltauf ó Baldaufs, dedicó á la ciencia de curar un intelecto sano, disciplinado y generoso. La historia de Paltauf es la de la Bacteriología hasta el momento actual: sus trabajos que empezaron como anatomopatólogo en un país donde la anatomía-patológica ha caracterizado el juicio médico y no ha dejado de guiarlo, tuvo como maestros á Kundrat y á Rokitsky y dirigió sus investigaciones hacia la patología general y la patología experimental organizando sus conocimientos en cuatro etapas que señalan su atención; dirigida, primero, á la fisiología experimental, después, á la bacteriología, luego, al estudio de la química en sus relaciones con la serología y la seroterapia, y por último, al conocimiento de las secreciones internas.

El profesor Paltauf fundó en Viena el Instituto Antirrábico después que en París estudió, al lado de Pasteur, la terapéutica de la rabia, pero en su Instituto, Paltauf puso todo su talento organizador y fué tan admirable su obra, que como modelo le copiaron Johnne, de Dresde, y Pfeiffer, de Breslau. Allí se ofreció por primera vez el resultado de sus trabajos estadísticos, maravilla que ha tenido tan enorme influencia sobre la sanidad pública austriaca, pues sus estadísticas, hechas célebres, se amplificaron y aprovecharon en otros dominios de la Higiene pública.

La labor de Paltauf en la Serología y en la Seroterapia es tan importante, que su obra no parece la de un hombre solo. A su lado se formaron legiones de investigadores que revelaban al mundo verdades arrancadas á la naturaleza y sus descubrimientos se sucedían sin interrupción durante años. Entretanto, como ya he dicho, Paltauf ampliaba sus horizontes y llevaba la serología á un terreno frontero de la química, para lo cual le sirvió su relación con el célebre E. Freund.

Después de fundar el Instituto Antirrábico y el Instituto Serológico, creó el Instituto de Patología Experimental, al que prestó sus ideas geniales y guió por nuevos derroteros...

En esos trabajos estaba, rechazando el Ministerio de Sanidad, para el cual todos le señalaban, cuando la guerra sacudió espantosamente á todos los países de la Europa Central, Austria fué la que más sufrió, y de Austria fueron los hombres de ciencia los más castigados. Paltauf que sólo había hecho labor de investigación, tuvo la pena de ver á sus hijos sin pan, y él, su mujer y sus criaturas, tuvieron que asistir durante largos meses á la cocina municipal de Viena, donde eran alimentados por calorías. ¡Es decir, teniendo en cuenta sus características orgánicas, les daban una bazofia inmundicia donde el peso de los distintos componentes de hidratos de carbono, grasas y albuminoides, sin aderezos ni condimentos, sumaban un total de calorías equivalentes á las calculadas para nutrir sus cuerpos, y... así vivía el maestro!!!

Lo extraordinario, lo que da una tremenda idea de la capacidad de sufrimiento del hombre, no es que las existencias de tales mártires se quiebran, como se quebró la de mi

maestro Zuckerkandl después de la guerra, sino que tanto horror pueda ser vencido, y á su pesar, dedicarse el sabio al beneficio de sus semejantes.

Para Paltauf que fué bueno, honrado, mártir, que fué un sabio y no tuvo más afán que desentrañar la verdad y aliviar los sufrimientos humanos, pedimos un recuerdo. Los que le tratamos, los que admiramos su obra, y en cierto modo nos consideramos sus discípulos, le dedicamos una oración.

DR. ANGEL PULIDO MARTÍN.

El profesor José Barraquer.

La Oftalmología española está de luto. En menos de dos años ha tenido la desgracia de perder á varios de sus representantes más valiosos: Santos Fernández, en la Habana; Wieden Portillo, en Valencia; Muñoz Urra, en Talavera de la Reina, y ahora el profesor Barraquer, en Barcelona. ¡Corta, pero meritísima lista de astros de primera magnitud en la Oftalmología mundial! Sus nombres preclaros quedarán esculpidos en caracteres indelebiles, al lado de los ya santificados de Echegaray, Menéndez Pelayo, Cajal, Carracido..., en los Anales de la Ciencia, escritos en lengua de Cervantes.

El Dr. José A. Barraquer no sólo fué en vida una gloria española y universal, sino que deja una escuela formada por una pléyade de ilustres oculistas esparcidos por todas las regiones de España, pero principalmente en Cataluña, y una riquísima colección de Anatomía macro y microscópica ocular.

Ocupó la cátedra de Oftalmología cuando se hizo obligatorio el estudio de las especialidades y en virtud de sus grandes merecimientos científicos, como verdadera notabilidad médica, y la ha desempeñado hasta hace tres años, que fué jubilado por haber cumplido la edad reglamentaria. ¡Fatídico proceder que nos ha restado de la enseñanza de la Medicina á figuras tan relevantes como Gimeno, Antonio Morales, Rodríguez Méndez, Cajal, y tantos otros!

Otro mérito de este hombre eminente ha sido el hacer de maestro, de inspirador y de alentador cerca de su hijo el Dr. Ignacio Barraquer, quien con su procedimiento de extracción *in toto* de la catarata ha producido un grande y entusiasta movimiento universal de opinión en favor de nuestra Patria.

Descanse en paz el sabio oftalmólogo y reciba su familia, y especialmente su hijo D. Ignacio, la expresión del sentimiento de esta Redacción.

DR. MARÍN AMAT.

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

28 de Abril. ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA, presidida por el Sr. Torre Blanco.

El Sr. Moartúa se ocupa de la «Retroversión uterina como causa determinante de síndromes digestivos», enumerando la influencia y alteraciones que los cambios de este órgano producen en los circunvecinos, cuyo desembarazado y libre funcionamiento dificulta y perturba y algunas veces imposibilita. Cita en demostración de su aserto el caso de una señora de veintidós años, casada y afecta de pertinaz estreñimiento con las molestias propias de tal estado exaltadas, que á todos los medios ordinariamente puestos en juego se resistía, y de los cuales se vió libre tan pronto el útero fué en su sitio repuesto; el de otra de treinta años, costurera, en que se presentaron crisis cólicas violentas y

dolorosísimas y alarmante cortejo de síntomas caracterizados por estreñimiento, edemas, enfriamiento de las extremidades, etc., que hicieron temer un funesto desenlace, que también tuvo la satisfacción de ver corregido á los dos meses por el mismo procedimiento y la administración de la parafina que normalizó las evacuaciones; y el de una tercera, casada, en tres meses de gestación, con grandes dificultades en la emisión de orina, también aliviada y restablecida; y habla, por último, de las distintas teorías que se han expuesto tratando de explicar cumplidamente la razón de ser de tales fenómenos. El Sr. Sicilia hace referencia á las congestiones, hemorragias y atascos intestinales cuya causa y alcance convendría mucho puntualizar y dilucidar previamente, pues de otro modo pudiera tomarse por causa lo que es efecto. Considera el Sr. Oliver á las ptosis capaces de provocar los procesos á que el disertante se ha referido, y algunas dispepsias rebeldes que antes se atribuían á excesos ó defectos de las secreciones internas, que hoy se creen supeditadas á factores psíquicos. El Sr. Torre Blanco manifiesta que la generalidad de trastornos psíquicos simples son susceptibles de curación con cualquier tratamiento, así como los mal llamados vómitos incoercibles del embarazo que, como es sabido, se influncian favorablemente por la sugestión. Rectifica el Sr. Moartúa y se levanta la sesión por no hallarse presentes ninguno de los que tienen anunciadas comunicaciones.

..

29 de Abril. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE, presidida por el Sr. Fernández Caro.

Continuando la discusión referente á la Sacramental de San Martín, el Sr. Soriano, después de rebatir algunos conceptos por distintos oradores sostenidos en anteriores sesiones, y manifestar que la Sociedad debió inhibirse por ser intereses particulares y no higiénicos los que se hallaban en litigio, se pronuncia de una manera resuelta en contra de que se remuevan los cadáveres en dicha Sacramental inhumados, por no haber, á su juicio, razón de peso alguna que aconseje ni justifique tal medida, y creer puede conservarse indefinidamente, sin perjuicio alguno para la salud pública, como monumento artístico. El Sr. Cort aduce la de ser el distrito de la Universidad, en que la Sacramental toma asiento, el de mayor densidad de población, y, por lo tanto, el más necesitado de terrenos en que edificar. Se duele el señor conde de Pinofiel de que, no habiendo para nadie perjuicio en su conservación, se lastimen y desconozcan los derechos de los que á perpetuidad adquirieron los sepulcros de sus deudos. El padre Redondo arguye que la «*Salus populi suprema lex est*», y á ella es de suponer pretende se atenga la Sociedad en la resolución de este asunto que de manera incompleta dejó expresado. El Sr. Apuricio, como presidente de la Asociación de Vecinos de Vallehermoso, se lamenta del espectáculo macabro y desagradable impresión que la presencia del cementerio supone, y sin querer lesionar intereses más ó menos legítimos y respetables, bueno sería se tuvieran en cuenta las manifestaciones que á nombre y en representación de aquellos vecinos formula. El Sr. Carnicer hace saber que el Ayuntamiento con todo decoro y dignidad traslada actualmente los restos de la Patriarcal, y que en plazo no lejano se propone hacer lo mismo con los de la Sacramental, por exigirlo así muy atendibles y variadas consideraciones. Se felicita el Sr. Franco Martínez de la presencia del señor conde de Pinofiel, á quien estimula vuelva á tomar activa parte en las discusiones de la Sociedad; aplaude la valiente actitud del Sr. Carnicer, así como la discreta en que se coloca el maestro Afrodisio,

y contesta al Sr. Soriano, que no ve el porqué de la inhibición que invoca teniendo este asunto aspectos que de manera tan directa se relacionan con los fines de esta Sociedad. El Sr. Cebrián interviene, emitiendo con toda energía idénticas apreciaciones. Añade el Sr. Jalvo que estando ya acordada por el Ayuntamiento la traslación, lo procedente es llevarla á cabo con la mayor diligencia posible.

El señor presidente puesto en el fiel de la balanza, apartando á un lado todo cuanto pueda suponer particulares ó egoístas intereses, y circunscribiéndose tan sólo á lo que á la Sociedad la incumbe, es de opinión se conteste á los solicitantes que para la higiene no se vislumbra peligro alguno en que la Sacramental continúe ó desaparezca. Así pareció quedar acordado, pero no ciertamente dejando bien discutidos y contrastados los argumentos en que la Comisión dictaminadora fundamentó su informe, en esta ocasión sensiblemente mal parado.

•••

1. de Mayo. Conferencia del Dr. D. Carlos Tousont Gandolfo, director del Dispensario Nacional de la Argentina, acerca de la «Toracoplastia extrapleurale».

Hecha su presentación en el COLEGIO MÉDICO por el Sr. Verdes Montenegro, el conferenciante entra en materia diciendo: Si bien es verdad que á medida que fué generalizándose el neumotórax, la Toracoplastia cayó en desuso, también lo es que de nuevo fué sacada por Frieida del olvido en que yacía, obteniendo resonantes éxitos que llamaron la atención de los cirujanos, á partir de entonces mejor predispuestos á seguir sus huellas.

Hace de la tuberculosis y demás procesos pulmonares una somera relación, que como punto de partida toma para deducir las precisas indicaciones de la toracoplastia; subdividiendo éstas en absolutas, relativas, y de mera complacencia.

Incluye entre las primeras á los afectos crónicos córtico-pleurales con adherencias á veces hereditarias, y abundante tejido fibroso; y á los que tienen un pulmón amplio y otro retraído en que exista expectoración bacilar y hayan resultado ineficaces el reposo, tuberculina, etc. En las segundas, las pleuresías purulentas, siempre consideradas de terminación fatal, y en las que, sin embargo, se registran resultados sorprendentes; y en aquéllas de lesión bilateral en que uno de los pulmones se halla poco impregnado. Y en las últimas ó de complacencia, aquéllas que en casos considerados extremos los pacientes la piden como á él le sucedió con un fímico, miocárdico y en estado general deplorable, en que accedió á practicar la toracoplastia y á los cuatro meses se encuentra conjuntamente nutrido y mejorado de su dolencia.

La juzga, en cambio, de capital contraindicación en las fímias agudas, y en las hemoptisis repetidas por el pésimo resultado que de ordinario subsiguen.

De la técnica y procedimiento argentino en uso en la toracoplastia, da cuenta como sigue: Previa la anestesia local con anacoína que se emplea de seis á ocho horas antes del acto operatorio, y cuyo efecto anestésico perdura hasta las setenta y dos; teniendo al paciente sentado, hace por delante una amplia incisión y la resección subperióstica de tres costillas en extensión de 10 á 12 centímetros en cada uno de los tres tiempos que con intervalos de dos á tres meses repite, dando así lugar á la formación de una pared resistente, imposible de obtener en un solo tiempo.

Los resultados inmediatos: aumento de la tos, expectoración, fiebre y taquicardia que del séptimo al octavo día remiten entrando en franca convalecencia, después favoreci-

da con dos meses de reposo, y enviándolos luego al campo á consolidarla con la cura climatoterápica, ayudada de los recursos convenientes en las pequeñas molestias que subsistan.

Es, pues, á juicio del conferenciante, la toracoplastia, un elemento importante, que si no cura completamente, bien vigilado y dirigido proporciona alivios evidentes á los enfermos.

El Dr. Tousont fué efusivamente felicitado por los escasos concurrentes que al acto asistieron, á pesar del recomendable interés con que oportunamente se anunciara, y de no actuar en el día señalado ninguna otra Sociedad profesional.

¡Menguado concepto habrá formado el correcto y simpático doctor argentino de la cortesía madrileña! No es ese, no, el camino más apropiado á establecer la compenetración de aspiraciones y sentimientos de que tanto se habla y tan mal se orienta y practica.

•••

Algo por el estilo ha ocurrido con el ilustre profesor de Psicología experimental y patológica de la Sorbona, monsieur Georges Dumas, á pesar de su carácter de director de la *Revista de Psicología normal y patológica*, ser autor de obras admiradas en el mundo civilizado, y aun á sus preclaros talentos las insuperables aptitudes del maestro en el ciclo de conferencias que en pasados días pronunciaron en el CENTRO DE ESTUDIOS HISTÓRICOS, acerca de «Las nuevas tendencias de la psicología y la psiquiatría francesas», en que tanto bueno hubieran podido cosechar los especializados en esta materia que brillaron por su ausencia.

Y menos mal que la clase médica estuvo dignamente representada por los Sres. Francos Rodríguez, Pittaluga, Marañón, Lafora y otros, que al propio tiempo que eminentes políticos como el conde de Romanones, publicistas, literatos y hombres de ciencia distinguidos como Ortega Gasset, Pérez de Ayala, Zaragüeta y muchos más, se apresuraron á rendir con su presencia el homenaje de su consideración al eminente hombre de ciencia, por tantos conceptos á ella acreedor.

•••

Viernes 2. SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID, presidida por el Dr. Márquez.

Lee el Sr. Hernández una comunicación en que relata, dá con todo detalle á conocer la sintomatología, y comenta: «Un caso de exoftalmia pulsátil unilateral», de que fué afectada una mujer de veintinueve años, natural de Madrid (que presenta y es minuciosamente examinada por los concurrentes), en la que á consecuencia del atropello de un ciclista quedó conmocionada y fué conducida á la Casa de Socorro donde recibió los primeros auxilios. A los pocos días de ocurrir el accidente, pudo apreciar de primera intención el que habla, que el ojo derecho opuesto al traumatismo se hallaba inyectado, la audición del mismo lado disminuida y que se quejaba de molestos ruidos intracraneales. Practicada la exploración resultó patente la exoftalmia, las venas supraorbitarias fuertemente inyectadas, pulsátiles y dilatadas, la pupila reavivaba y la agudeza visual era de un tercio en ambos ojos. Le pareció el cuadro sombrío, é interesante el caso, y en su consecuencia decidió someterle á la consideración de su maestro el Dr. Márquez que de acuerdo con él hospitalizó á la enferma en San Carlos donde con más tiempo y elementos de juicio decidió lo más conveniente. De nuevo explorada la enferma, y aplazada la intervención quirúrgica, cuya oportunidad así como de los demás tratamientos se irían justipreciando, se acordó propinarla una

serie de inyecciones de suero gelatinizado, de tan evidente alivio seguido, que con fundamento se espera su curación. El Dr. Márquez, conforme con todo lo manifestado, hace sin embargo constar, que la visión es normal, la pupila desigual en ambos ojos, reacciona bien a la luz, cosa que antes no sucedía por permanecer nula mucho tiempo, explica y hace notar las particularidades que denuncian y caracterizan el síntoma de Argyll Robertson, así como las distintas teorías emitidas para esclarecer el fenómeno que a su juicio se halla localizado en el motor ocular común, como intentará demostrar con la ayuda de varias proyecciones al siguiente día en la Real Academia.

El Sr. Galo Leoz reseña el caso del capitán Ruiz, de Ingenieros, que a consecuencia de la caída de un aeroplano se fracturó la base del cráneo, quedando por tres meses sin conocimiento, y al recobrarle, parálítico, con la progresión muy dificultada y solo posible con grandes esfuerzos de coordinación en forma deambulatoria, ruidos intensos intracraneales al sentarse, exoftalmos en ambos ojos, enorme congestión y desarrollo en las venas del ojo y párpados, y el píar característico del aneurisma. Ante tal conjunto sintomatológico que desde luego consideró gravísimo, calificó el caso de «aneurisma arterio venoso» del lado izquierdo; empezando a tratarle por medio de la compresión digital directa sobre el globo del ojo, y las inyecciones de suero gelatinizado, a que, si vive, forzosamente tendrá que seguir la ligadura de la carótida, todo lo cual considera de resultados muy problemáticos. Puestos a discusión entrambos casos, el Sr. Bastera admite la posibilidad de una fractura de base de cráneo en el primero por las epistaxis que al interrogarla supo haber padecido, y aunque conformes con el tratamiento y resultados hasta aquí obtenidos, cree que la ligadura de las venas oftálmicas facilitaría y apresuraría la operación; y que habida en cuenta la acentuación y gravedad del segundo, se recurriría desde luego a la ligadura de la carótida primitiva, después de la debida preparación y modificaciones de las lesiones anatómicas. Rectifica el Sr. Hernández haciendo notar que no pasó al Sr. Márquez desapercibida la posibilidad de la fractura, pues para aclarar este punto recabó del Sr. Piga una radiografía que no pudo disipar la duda. Rectifica a su vez el Sr. Leoz en lo referente al caso por él historiado, que antes de proceder a la ligadura que ya manifestó estar dentro de su criterio, creía de necesidad modificar el presente estado del enfermo, sosteniendo las presiones por persona perita que evitara la producción de erosiones tróficas, impregnándose los dedos con una pomada antiséptica y procediendo de una manera gradual e inteligente.

El Sr. Rivas Cherif dió cuenta de «Dos casos de espasmos oculares», en que aplicados los esquemas y procedimientos por el Sr. Márquez seguidos y aconsejados (y que para su mejor comprensión dibuja y detalla en el encerado), le fué relativamente fácil hacer resaltar las coincidencias y limitar su localización. El Sr. Bastera apreciando en su justo valor los trabajos y experiencias del Sr. Márquez, cree, sin embargo, más completo el de Geis que con celeridad pasmosa determina la motilidad, el valor de la visión central y el músculo afecto. El Sr. Márquez, a quien los trabajos de Geis no son desconocidos, dice que no está descontento de los por él obtenidos en la diferenciación de las parálisis y los espasmos.

3 de Mayo. REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, presidida por el Dr. Cortezo.

Con gran complacencia escuchada la disertación del di-

rector del Dispensario Nacional Argentino, Dr. D. Carlos Tousont (Gandolfo acerca de la «Toracoplastia extrapleural», repetición de la pronunciada el primero del mes en el Colegio Médico a la cual remitimos al lector, pues ya en esta sección queda reseñada; el señor presidente felicitó al orador por su brillante conferencia, haciéndole al propio tiempo saber la satisfacción que la Academia hubiera tenido dedicando a ella una sesión entera, si el inminente término del curso y la multiplicidad de asuntos aún pendientes de discusión lo hicieran posible. (Con muestras de aprobación recibieron todos los presentes las oportunas manifestaciones de la presidencia que al terminar su discurso el doctor Tousont al unísono de la concurrencia aplaudiera, ofrendándole así la merecida consideración que en el Colegio Médico la clase estuvo remisa en ir a otorgarle. Nunca es tarde, si la dicha es buena.

Reanudada la discusión del tema «En torno al torno», el Sr. González Alvarez empezó su discurso patentizando el reconocimiento de que se hallaba poseído hacia la Junta de damas de honor y mérito por los beneficios que a la Inclusa dispensaron durante los treinta años de su actuación; opina que el importante asunto que se discute sea traído ya maduro en el curso próximo con el proyecto correspondiente, y termina asegurando, frente a las opiniones en contra exteriorizadas, que impunemente y sin deterioro alguno para el niño puede una nodriza bien alimentada amamantar a dos en el transcurso del primer mes que en la Inclusa se les retiene. Aboga el Sr. Mañueco por que se implante la investigación de la maternidad, y sea la madre la que, cumpliendo el más primordial y santo de sus deberes, críe, eduque, defienda e instruya a su hijo; que el Estado no ampare el secreto ni tolere reformas de las Inclusas, cuyo funcionamiento está probado ser rematadamente malo, y por tal concepto deben desaparecer de una vez, librándonos de un estigma hoy abolido en todo el mundo civilizado; terminando su culturosa y apasionada intervención inculcando al señor González Alvarez por no haber puesto remedio a los abusivos horrores que se denuncian, a pesar de las facilidades que la Diputación asegura le brindaba. Rectifica el señor Rodríguez Pinilla, recogiendo y contestando a cuantas objeciones se le opusieron, é insistiendo con las estadísticas en la mano en los puntos de vista sostenidos; y concluye prometiendo volverá sobre este asunto en tiempo oportuno, porque a todo trance se ha propuesto desaparezca de España tal vergüenza.

Interviene el Sr. Blanc Fortacín en la discusión del tema «Quistes hidatídicos» en que, a su juicio, deben tenerse siempre presentes la latencia sintomática, el diagnóstico radiológico de importancia extraordinaria para fijar de manera precisa la localización y las vías de introducción en el organismo. Aporta el valioso contingente de un buen número de observaciones recogidas en su práctica, y después de exponer y comentar las distintas teorías por los tratadistas consignadas, termina dando a conocer los procedimientos que su experiencia personal le aconseja más apropiados a cada caso.

El Sr. Márquez, que el día anterior prometiera en la Sociedad Oftalmológica llevar, comentar y demostrar ante esta Real de Medicina el caso de «Síntoma de Argyll Robertson unilateral» que exhibe y por nuestra parte nos creemos dispensados de repetir, porque consignado queda en la reseña de aquella, cumple su ofrecimiento proyectando las distintas fases y aspectos por que la enfermedad va pasando, hasta la plena demostración de que en el presente caso la dificultad se halla localizada en el motor ocular común. El señor Márquez fué aplaudido y felicitado por su tan paciente

como instructivo trabajo, y sobrepasadas con exceso las horas acordadas, se levanta la sesión.

SEDISAL

Sección oficial.

PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO MILITAR

Estatutos por que ha de regirse la Cruz Roja Española (1).

6.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.

7.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 el extranjero, revistan, por la importancia del daño, el carácter de públicas.

8.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.

9.º A formar, por medio de cursos prácticos, personal con los conocimientos que se requieran 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 tiempos de paz y de guerra.

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. A coadyuvar eficazmente á la acción sanitaria, ya organizando dispensarios, consultorios y policlínicas gratuitas, divulgación de conocimientos higiénicos y de profilaxis de enfermedades evitables, ya facilitando personal adiestrado para toda campaña de defensa de la salud pública.

14. 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.

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

16. 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 coordinación de esfuerzos, á que resulte más provechosa la labor á cada uno encomendada.

17. 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.

18. 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.

19. 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 La Cruz Roja constituye una sola unidad orgánica que, para su mejor y más eficaz funcionamiento, establece y dirige cuantos servicios estima oportunos á los fines que le están señalados.

Art. 7.º Constituirán el capital de la Cruz Roja Española los bienes y valores que actualmente poseen todos los organismos que la integran y los que en lo sucesivo adquieran por los medios que establezcan las leyes y por los que especialmente determinen los reglamentos de la institución.

Art. 8.º Ningún organismo de la Cruz Roja responderá de las deudas y demás obligaciones contraídas por otro.

Siendo la personalidad de cada organismo de la Cruz Roja independiente de la de sus asociados, las obligaciones y responsabilidades civiles que se deriven de los actos y contratos que cualquiera de ellos, debidamente autorizado, realice á nombre de la colectividad, sólo alcanza á los bienes y recursos propios de la entidad respectiva.

Art. 9.º Los cometidos de la Cruz Roja se distinguirán con las denominaciones de «Servicios de asistencia», que abarcan cuanto se relaciona con la directa que se preste á los necesitados del auxilio médico ó alimenticio, y «Servicios de Socorros y Transportes», que comprenden la conducción de heridos y enfermos y las demás funciones asignadas al benéfico Instituto.

Art. 10. Para formar parte activa de la Cruz Roja Española se requiere la cualidad de español ó naturalizado en España y haber cumplido los requisitos que los Reglamentos exijan.

Los extranjeros sólo podrán ingresar á título honorario ó de cooperadores.

Art. 11. Los socios de la Cruz Roja se dividirán en aspirantes, los menores de diez y ocho años; de número, los mayores de esta edad; cooperadores, los extranjeros, sin distinción; suscriptores, los individuos ó colectividades que contribuyan con una cuota anual no inferior á 25 pesetas, y bienhechores, los que abonen, con la periodicidad que elijan, una cuota que exceda de 1.000 pesetas al año ó hagan, por una vez, el donativo de 25.000 pesetas, ó de 50.000 si se trata de colectividades.

El Reglamento general orgánico determinará las condiciones, deberes y derechos de cada clase de asociados.

Art. 12. El ingreso de los socios de número se hará siempre á solicitud propia, firmada por el interesado ó persona

(1) Véase el número 3.872.

á su ruego y según el modelo de instancia que apruebe la Asamblea Suprema.

Habrán de suscribir el documento el delegado especial, presidente delegado ó dos socios que garanticen las circunstancias personales del candidato.

Los menores de edad necesitarán también el consentimiento de la persona bajo cuya potestad ó guarda se encuentren.

Las propuestas de asociados habrán de hacerse en la misma forma y con iguales requisitos, y llevarán, necesariamente, el Visto Bueno de la presidencia de honor de la Asamblea local, y si no la hubiere, la de la población más próxima á la de la capital de provincia.

Las señoras casadas obtendrán la autorización de su marido, autorización que habilitará para la aceptación y desempeño de los cargos que, por elección ó nombramiento, se les confieran.

Las propuestas de cooperadores podrán, indistintamente, suscribir las delegados de la Cruz Roja Española, representantes diplomáticos ó consulares de la Nación á que pertenezca el candidato ó de los de España en el extranjero ó Comités de la Institución hermana, constituidos en la localidad donde resida el pretendiente.

Art. 13. Los nombramientos de socios, cualquiera que sea su sexo, clase y condición, se expedirán siempre por la Asamblea Suprema.

A todos los socios se les proveerá por la referida Asamblea, mediante el pago de los derechos que establezca, de un carnet de identidad uniforme en toda la Cruz Roja Española. Las Asambleas podrán crear, para el personal de sus ambulancias urbanas exclusivamente, otro carnet especial, que habrá de ser aprobado por la Asamblea Suprema, donde quedará depositado el modelo. Este carnet no excluye el general que corresponde á todos los socios.

Art. 14. La Cruz Roja Española, como entidad oficial, 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.

Art. 15. Por delegación de S. M. el Rey ejercerá la jefatura suprema de la Cruz Roja Española S. M. la Reina, y cuando por ausencia prolongada del Reino ó otras causas no pudiera desempeñarla, asumirá la jefatura suprema la Reina Cristina, y en su defecto la Infanta de España que S. M. designe.

Art. 16. Para el gobierno y dirección de la Cruz Roja tendrá S. M. la Reina, á su inmediata dependencia, una Asamblea Suprema que organizará las Secciones de «Asistencias» y de «Socorros» y «Transportes», y establecerá en la forma que estime oportuna los servicios burocráticos de sus oficinas centrales, y cuando lo considere preciso nombrará asesores y consejos técnicos que la auxilien en la implantación y desarrollo de cuantos cometidos se la confieran.

A propuesta de sus Secciones, la Asamblea Suprema dispondrá también cuanto creyere necesario ó conveniente en relación con los cometidos que afecten, tanto á una como á otra Sección.

Art. 17. La Asamblea Suprema se compondrá de un presidente, que lo será el comisario regio; de un vicepresidente, de cuatro vocales damas de la Institución y cuatro vocales asociados; de un contador general, de un tesorero general y de un secretario general, todos con voz y voto, á excepción del último, que sólo tendrá voz informativa.

Podrán hacerse nombramientos de mayor número de vocales siempre que la Asamblea los proponga.

Art. 18. Será presidente de la «Sección de Asistencias» una de las vocales de la Asamblea Suprema, siéndolo, á su vez, de la de «Socorros y Transportes» el vicepresidente de dicha Asamblea.

(Se continuará.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,3; ídem mínima, 697,2; temperatura máxima, 28°,2; ídem mínima, 15°,4; vientos dominantes, O. SO.

Sigue siendo favorable el estado de la salud pública, sin que la última mudanza del tiempo haya influido en gran proporción en el aumento de las afecciones catarrales agudas del aparato respiratorio y de los afectos gripales y menos en las afecciones intestinales.

Los reumatismos se presentan en alguna mayor proporción que de ordinario y también se han observado casos benignos de paludismo.

Crónicas.

Banquete de promoción.—Los médicos de la promoción de 1907 á 1914, licenciados en la Universidad de Madrid, se reunirán en fraternal banquete el día 5 del próximo mes de Junio, para celebrar el primer decenario de su ejercicio profesional.

Rogamos á todos nuestros compañeros que ejercen en provincias que, movidos por un sentimiento de sincera camaradería y en recuerdo de aquellos días ya lejanos de alegre juventud escolar, se reúnan con nosotros en esta fecha, que bien merece un pequeño sacrificio nuestra causa.

Oscar Piñerúa, Raul de Montaud, Jacinto Mejías, Victoriano Vega Hazas, Juan Bravo, José Barajas, etc.

Dirigirse á O. Piñerúa, Serrano, 60, Madrid.

La peste bubónica en Rusia.—Comunican de Londres que de Moscon se dice á la agencia Renter que la peste bubónica se ha declarado en la región de Surakan, provincia de Amón-Daria y también en Khiva.

La peste en la India.—Para hacerse una idea de la gravedad de la epidemia que castiga á Punjab, basta tener en cuenta que durante las dos últimas semanas del mes de Abril se han registrado 22.000 casos de invasión y 15.000 defunciones, lo que eleva á 54.000 el número de fallecimientos debidos al terrible azote desde el principio del año.—(*Daily Telegraph.*)

Sociedad Española de Antropología.—En la última reunión celebrada por esta entidad se acordó que sus sesiones se celebren los últimos miércoles de todos los meses.

Los Sres. Ayuso, Barras, Pau, Hoyos, Sáinz y Sánchez, en la reunión á que nos referimos, presentaron interesantes comunicaciones.

Los turcos se reservan la enseñanza de la Medicina á las mujeres.—La nueva sección médica del Colegio universitario femenino de Constantinopla, acaba de ser cerrada por las autoridades turcas, que declaran que la instrucción superiores del derecho exclusivo del Gobierno.

Este Colegio es una institución americana conocidísima en favor de la emancipación de la mujer turca.

La sección médica que disponía de los aparatos más modernos, se creó á continuación del armisticio y costó 200.000 dólares. Fue inaugurado hace dos meses y contaba con 50 alumnas.

Los directores han ofrecido, sin éxito, dar una enseñanza médica más elemental.

Curso de análisis clínicos.—Laboratorio del Dr. Maestre Ibáñez, Glorieta de Atocha, 8, 1.º, Madrid. Teniendo en cuenta las indicaciones hechas por algunos compañeros de que limitemos en lo posible el tiempo que duran los cursos dados en nuestro Laboratorio, anunciamos uno del 19 de Mayo al 7 de Junio, conforme al programa de los anterior-

res. Las clases serán diarias y los alumnos practicarán cuantas veces crean necesarias las operaciones analíticas correspondientes, entregándoseles al hacer la matrícula la obra impresa é ilustrada con numerosos grabados, la mayoría originales, que hemos editado para estos cursos y que trata de: Instalación de un laboratorio y aparatos más indispensables: modelos de mesas de trabajo, microscopio, estufas, balanza, centrifugadora, material de vidrio graduado, etc. Lista de reactivos generales y especiales y detalles prácticos para su preparación. Presupuesto aproximado para instalar un laboratorio. Análisis de orina, cálculos, sangre, pus, líquido cefalorraquídeo y esputos. Modelos de certificados. Tablas numéricas para simplificar los cálculos de análisis. Bibliografía.

A los que residan en provincias y no les sea fácil asistir á estos cursos, les mandaremos dicha obra impresa, y les serán resueltas por cartas cuantas dudas se les presenten, así como también y cuando lo soliciten, remitiremos muestras de productos patológicos y preparaciones microscópicas tipos, y se les facilitará la adquisición de aparatos, reactivos y disoluciones valoradas, por estar en relación con las casas más importantes de material científico.

Exposición de Medicina é Higiene del II Congreso Nacional de Ciencias Médicas.—El Comité ejecutivo de esta Exposición abre un concurso entre artistas españoles é hispanoamericanos para elegir entre los originales que se presenten un cartel anunciador, que será premiado con 1.000 pesetas. El pliego de condiciones puede verse en la Secretaría general de la Exposición, Fuencarral, 55, segundo izquierda. Los originales se admiten hasta el día 24 del corriente mes.

Inauguración de una sala de operaciones.—Con asistencia del subsecretario de Gobernación y del nuncio de Su Santidad, fué inaugurada el día 3 una nueva sala de operaciones en el hospital de la V. O. T. de San Francisco.

Los invitados fueron obsequiados con un «lunch».

Se incendia el Hospital de Tenerife.—Según partes publicados por la prensa diaria, el Hospital civil de Tenerife, propiedad del Cabildo insular y quizás el edificio más importante de la población, fué presa de las llamas en la madrugada del día 5.

Según se ha asegurado, el incendio comenzó en el depósito de cadáveres, por haberse prendido fuego á las ropas de la mesa donde había sido depositado el cadáver de una anciana. Las llamas invadieron rápidamente los pabellones de la parte Sur del edificio, causando la natural consternación entre los enfermos, que hubo que auxiliar rápidamente para salvarlos de las llamas.

Los trabajos de extinción y salvamento fueron llevados á cabo por el personal del hospital, los bomberos y las tropas del crucero *Infanta Isabel*.

En la parroquia de la Concepción se habilitó un refugio para los enfermos.

Geografía médica de la Península Ibérica.—El profesor Hauser ha regalado, destinando el producto de la venta al Colegio de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias, 200 ejemplares de la hermosa obra *Geografía médica de la Península Ibérica*, la cual consta de tres tomos en cuarto, en cuadernados en rústica, con un total de 1.610 páginas, con infinidad de dibujos, mapas en colores de España, detallado por regiones; un gran número de datos estadísticos y muy interesantes todos, parcial y totalmente.

Este obra, de un valor verdaderamente incalculable, pueden adquirirla nuestros suscriptores al precio de 30 pesetas los tres tomos, recogidos en la Administración de nuestra Revista, para facilitarlos á provincias hay que aumentar los gastos de envío, que asciende á 1,50 pesetas.

El producto de esta venta queda á beneficio del Colegio de Huérfanos.

La Fiesta de la Flor.—En el Salón de Tapices del Real Palacio se reunieron, presididas por la Reina doña Victoria, las damas de las Juntas antituberculosas para preparar la próxima Fiesta de la Flor.

Se acordó celebrarla el día 2 de Junio, y se nombraron las presidentas de mesa, á las que la soberana entregó los correspondientes distintivos, que son de plata, con el busto de la Reina en el anverso y el distintivo de la institución en el reverso.

El Dr. Espina, que asistió á la reunión, suplicó á la Rei-

na que se procure el aumento de los medios económicos de que dispone la Junta antituberculosa, y le entregó la medalla que llevará, que es igual á la de las demás, pero acuñada en oro.

Recasens en Berlín.—Como anunciábamos en uno de nuestros últimos números, el Dr. Recasens, decano de nuestra Facultad, ha pronunciado en la de Berlín una notabilísima conferencia.

Los numerosos profesores alemanes que asistieron á ella, felicitaron efusivamente al Dr. Recasens y expresaron su admiración por los progresos de la Ginecología en España.

Excipiente inerte.—Para mantener sano y para curar el cuerpo enfermo de una república, más vale una cura de práctica que cien libros de teoría.

(Joaquín Setanti.)

Si tentata nocuerint, contraindicata sunt, idioque rejicienda.—Si lo que se ha ensayado daña, está contraindicado, y por lo tanto debe rechazarse.

(Stoll.)

Lejomalto.—Al presente número acompañamos un prospecto sobre este preparado de la Casa Valdacci, de Pisa, representante en España, D. Mario Viale, Torres y Amat, 1, Barcelona, cuya lectura recomendamos.

Yodol.—Al presente número acompañamos un prospecto de la Casa Kalle & C.^o, recomendando la lectura y pedido de muestras á la Casa en Barcelona Kalle, y C.^o, Trafalgar, 37, Barcelona.

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURISIMO
Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO

Glicerato-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, crieis, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

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

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