

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLINICA 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 FRANCOS RODRIGUEZ



J. BLANC Y FORTACÍN
Del Hospital de la Princesa.
L. CARDENAL
Catedrático de Cirugía de Madrid.
Cirujano del Hospital de la Princesa.
J. CODINA CASTELLVÍ
Académico. Médico de los Hospitales.
Director de los Sanatorios Antituberculosos.
V. CORTEZO
Jefe del Parque Sanitario de Madrid.
Del Instituto de Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY
Del Hospital General de Madrid.
A. ESPINA Y CAPO
Académico de la Real de Medicina.
A. FERNÁNDEZ
Ex-interno de la Facultad y Hospitales.
F. LÓPEZ PRIETO
Electro-radiólogo.
Ex-Médico Titular.

A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.
J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.
B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.
T. HERNANDO
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.
F. HUERTAS
Del Hospital General.
Académico de la de Medicina.
C. JUARROS
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.
E. LUENGO ARROYO
De la Sección de Parasitología del Instituto de Alfonso XIII y del Hospital de la Facultad de Medicina.

G. MARAÑÓN
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
M. MARÍN AMAT
Oftalmólogo Académico C. de la Real de Medicina.
L. MARCO CORERA
Prof. honoris causa del Inst. Rubio.
J. MOURIZ RIESGO
Jefe del Laboratorio del Hospital General.
B. NAVARRO CÁNOVAS
Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.
S. PASCUAL Y RÍOS
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
A. PULIDO MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

J. y S. RATERA
De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.
G. RODRÍGUEZ 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.
J. M. DE VILLAVEVERDE
Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.
R. DEL VALLE Y ALDABALDE
Del Hospital General.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Profilaxis del tífus exantemático en campaña, por Victor M.^a Cortezo y Victoriano Serrano. — El fisiologismo de un órgano está en razón directa de su resistencia, por Alfredo Tapuente é Barra. — Fístula urinaria uretro perineal, por el Dr. Carrasco. — Herida contusa de la región sagital y fractura del parietal izquierdo, por el Dr. Vicente Fidalgo Tato. — Abdomen agudo, por el Dr. Slocker de la Rosa. — Bibliografía, por F. J. C. — Periódicos médicos.

Profilaxis del tífus exantemático en campaña PUESTO DE DESINFECCION Y DESINSECCION (1)

FOR

VICTOR M. CORTEZO

Jefe del Parque Central de Sanidad,

Y

VICTORINO SERRANO

Ingeniero del Parque Central de Sanidad.

INSTRUCCIONES PARA EL MONTAJE

Se elige un terreno lo más horizontal posible, y de mayores dimensiones que las totales de la tienda; se traza un rectángulo, con la orientación más conveniente, dadas las condiciones climatológicas del lugar, de 6 metros de ancho por 5,70 metros de longitud, empleando para ello el procedimiento llamado de «3, 4 y 5», que evita el uso de escuadra ó de otro aparato análogo.

Las líneas del rectángulo que miden 5,70 metros, se dividen en dos mitades (de 2,85 metros cada una) con lo cual disponemos de seis puntos fijos sobre el terreno.

(1) Véase el número anterior.

Sirviendo de centro cada uno de estos seis puntos, se practican seis pozos de un pie de sección, y de 0,50 metros de profundidad, destinados á alojar los correspondientes cajetines, los cuales se introducen en los pozos cuidando que sus lados queden paralelos y perpendiculares al lado en que se colocan; después, con piedras ó cascote, se hace un fijado previo de los cajetines, y teniendo en cuenta la ex-crupulosa nivelación de sus bocas (fig. 4.^a).

Terminada esta operación, se procede á montar, en tierra, los elementos para lo cual se colocan tumbados los dos pies derechos sobre el lado de 5,70 metros, uno frente al otro, y con su pie abocando al cajetín respectivo; se encajan, en las cabezas de los pies derechos, los castilletes de hierro atornillándoles la cercha y el tirante, que quedan unidos entre sí por los pendolones (fig. 5.^a).

Así dispuesto, se levanta el elemento, ó forma, poniéndolo vertical, y haciendo entrar los pies derechos en sus respectivos cajetines, en idéntica (figura 6.^a) forma se montan y colocan el segundo y tercer elemento. Después se verifica la verticalidad de estos con la plomada, corrigiéndola por medio de maniobras con los tensores de los tirantes (fig. 7.^a).

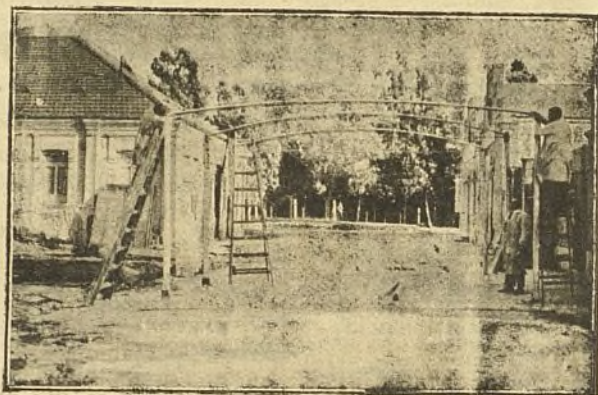
Una vez presentados así los tres elementos, se

procede á la colocación de las carreras, atornillándolas también á los castilletes (figs. 8.^a y 9.^a), y

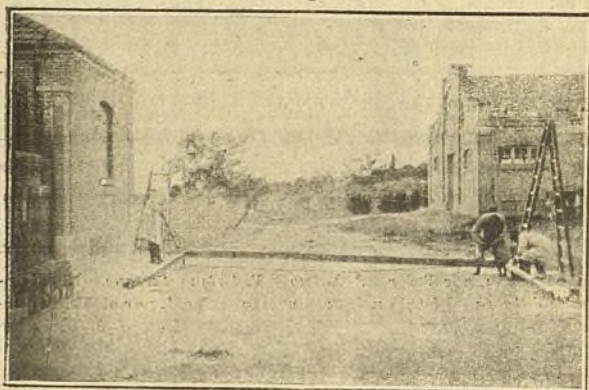
cosidos mediante ojales metálicos y lazadas de cuerda.

Fig. 4.^a

después se fijan la cumbrera y las correas (fig. 10.^a), nivelando escrupulosamente, para lo cual se coloca

Fig. 7.^a

Para asegurar la estabilidad de la tienda, así montada, se colocan los vientos clavando los pique-

Fig. 5.^a

el nivel sobre las carreras y los tirantes, rectificando tantas veces como sea preciso la posición de los

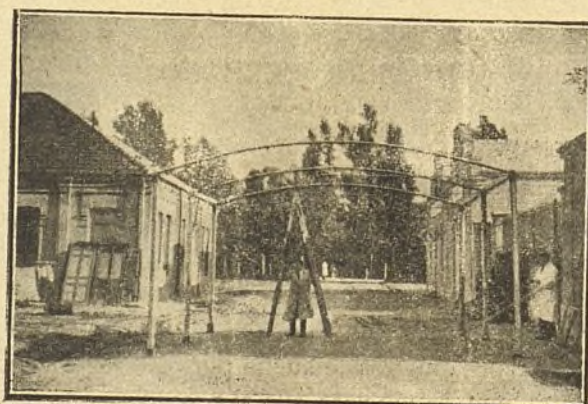
Fig. 8.^a

tes á una distancia de 3 metros de los lados de la tienda y enfrente de los pies derechos, con una in-

Fig. 6.^a

pies derechos, antes de fijar definitivamente sus cajetines con piedras y tierra bien apisonadas.

Terminado el montaje de la armadura (fig. 11) se colocan la cubierta, costados, frentes y tabiques en sus respectivos lugares, quedando fuertemente

Fig. 9.^a

clinación de 45°, y hasta que la argolla toque al suelo, y se enganchan los vientos templando gradual y alternativamente los de cada elemento hasta que pulsados produzcan un ruido metálico limpio que nos indicará lo suficiente de la tensión.

Y ya no resta sino colocar las rejillas de madera que forman el pavimento de la tienda, y abrir, siguiendo el contorno de la misma, una zanja que facilite la salida de las aguas de lluvia.

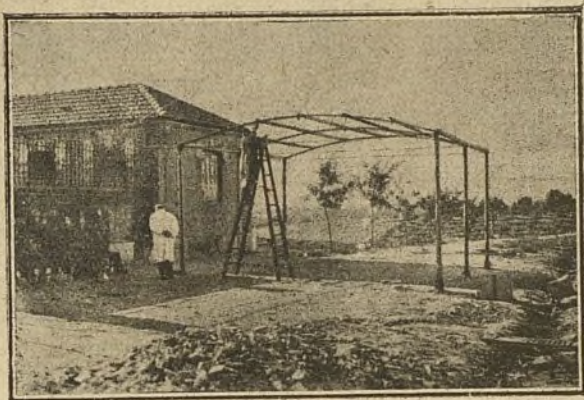


Fig. 10.

Para desmontar la instalación se procede rigurosamente en orden inverso.

Los útiles y herramientas precisas para el montaje de nuestra tienda son sencillísimos y se reducen á:

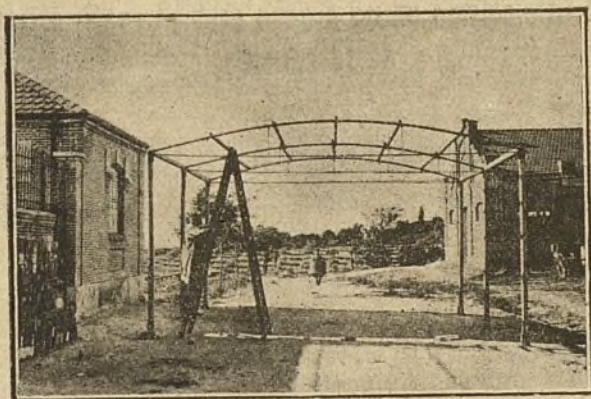


Fig. 11.

taje de nuestra tienda son sencillísimos y se reducen á:

- Un ovillo de cordelillo.
- Un nivel.
- Una cinta métrica de 10 metros.
- Una plomada.
- Dos llaves inglesas.
- Dos martillos.
- Una tenaza.
- Un gancho de 2 kilogramos.
- Una barra de un metro.
- Dos escaleras de 3 metros.
- Un reglón.

El mobiliario de la tienda se reduce á: dos bancos de madera para el vestíbulo; una silla y mesa

con útiles de escritorio, para la oficina; un sillón metálico, y una ménsula de cristal, para la peluquería, y bancos para los vestuarios; todo ello pintado de blanco.

En el vestuario sucio, se dispondrá de sacos, para introducir las ropas que hayan de ser llevadas á la estufa, sacos que se cerrarán con una cuerda que llevará pendiente un número grabado en madera; y en el vestuario limpio, se dispondrá una mesa para depositar las ropas nuevas, si los recursos económicos lo consienten, pues de no ser así, los enfermos ó sospechosos volverán á vestir sus ropas después de despiojadas y desinfectadas.

Se tendrán á mano dos pulverizadores, con líquidos desinfectantes y parasiticidas, que se emplearán, después de cada operación, en el regado de la parte sucia de la tienda, y á ser posible se preparará un horno crematorio, ó algo que haga sus veces.

Los individuos que realicen estos servicios estarán provistos de botas altas de goma; traje de lona impermeabilizada; casquete y mascarilla protectora de la barba, y guantes de goma.

La estufa que presentamos en nuestro modelo de instalación, es propiedad del Parque Central de Sanidad, construída en España, y utiliza el vapor bajo presión, combinado con vacío, y aplicaciones de formalina.

Puede servir cualquier estufa que reúna estas condiciones, y cuya caldera funcione á cuatro ó más atmósferas, sin más que adaptarla nuestro dispositivo de duchas, que une á su sencillez el ser de coste sumamente económico.

Dispositivo de duchas: Podemos considerarlo dividido en dos partes: una *fija* á la caldera de la estufa, y otra *desmontable*, colocada sobre las barras que sirven de soporte á la toldilla. (Fig. 12.)

La parte fija sobre la caldera se compone de un tubo metálico A B, que principia en la toma de vapor A, de la caldera, y termina en un eyector C ó trompa de vapor. En este eyector van ajustados dos tubos de hierro; uno lateral C D, y otro en su prolongación C F, llevando, ambos, en sus extremos libres, tuercas ó racores, D y F, para la unión de sendas tuberías de goma D E y F H, de longitudes apropiadas al objeto á que se destinan.

En cada una de las barras S, que soportan la toldilla, se coloca una palomilla P sujeta con abrazaderas que permiten su deslizamiento, por la barra, en sentido vertical, y el giro horizontal alrededor de la misma. Estas palomillas P sostienen la parte desmontable del dispositivo, la cual está constituida por un tubo de hierro K, cerrado en sus extre-

mos, y que presenta, en el sentido de su longitud, siete orificios: cinco destinados á recibir otros tan-

jetan el tubo K, y se pliegan las palomillas hasta dejarlas paralelas al eje longitudinal de la estufa,

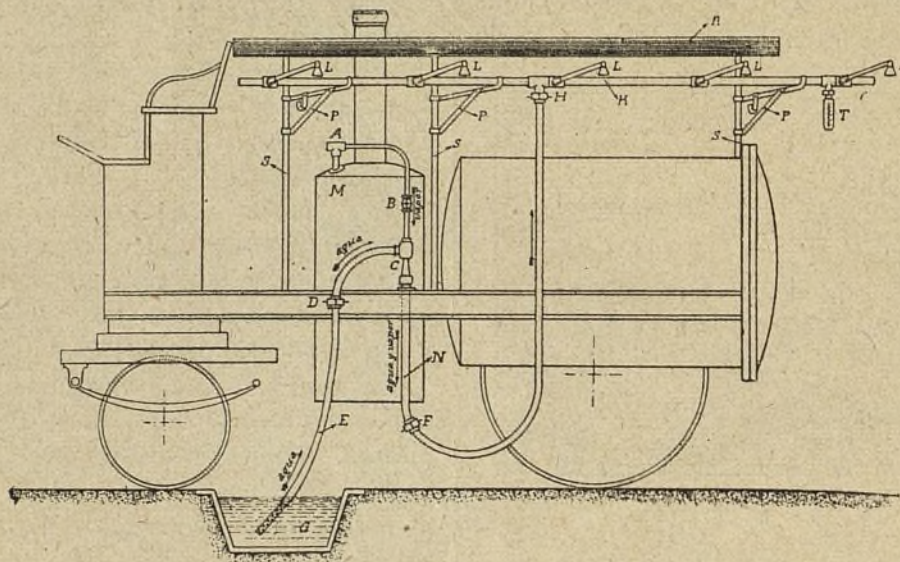


Fig. 12.

tos tubos L, terminados en alcachofas de latón, y destinados á producir la ducha; uno destinado al termómetro T, y, finalmente, el otro destinado al enchufe, mediante la tuerca H, de la tubería de goma FH.

Para montar este dispositivo una vez que el tubo A B, el eyector C, y los tubos C D y C F, van fijos á la caldera de la estufa, se colocan las palomillas P, perpendicularmente al eje longitudinal de la estufa, se pone, sobre ellas, el tubo K, sujetándolo por medio de unas grapas, de que las palomillas van provistas; después, y por deslizamientos verticales, de una de las palomillas, se nivela el tubo K, y, por último, se atornilla á las tuercas F y H la manguera de goma FH; á la tuerca D, la manguera E, y al tubo K, el termómetro T.

FUNCIONAMIENTO

Teniendo la caldera una presión de dos á tres atmósferas, é introducida la manguera E en el depósito de agua G, se abre poco á poco la llave B para dar paso al vapor al eyector C; en éste se hace la aspiración del agua por la manguera E y el tubo D C, y entra, mezclada con vapor, que la caliente, por el tubo F H, á ganar el K, repartiéndose por él, y saliendo por las alcachofas L, en forma de lluvia.

La temperatura del agua, á la salida, se comprueba con el termómetro T, y se gradúa abriendo más ó menos la llave B, siempre que la presión de la caldera se conserve dentro de los límites indicados.

Terminada la operación se desatornillan las mangueras E y F H; se sueltan las grapas que su-

presentando, en esta posición, dos ganchos en los que se coloca el tubo K, para su transporte.

El fisiologismo de un órgano está en razón directa de su resistencia

POR

ALFREDO LAPUENTE É IBARRA

Gran bien harás á la humanidad
Si sabes curarla sus padecimientos,
Pero mayor beneficio la prestarás
Si sabes evitárselos.

En el núm. 3.641 de esta publicación, fecha 22 de Septiembre del año anterior, os demostré cómo el acostumbrar á un individuo á las impresiones frías en la cara plantar de los pies le daba mayor fuerza de resistencia en el fisiologismo-laríngeo-faríngeo y, por lo tanto, le hacía más refractario á los padecimientos de dichos órganos. Hoy según os prometí voy á ocuparme de las zonas de resistencia del globo ocular y del corazón.

En vuestras clientelas os habrán presentado muchas veces niños con manifestaciones herpéticas en el escroto y periné sostenidas quizá por la falta de limpieza, el uso de pañales poco finos ó otras varias concausas. Con objeto de hacerlo desaparecer pronto, las mamás emplean varios tópicos, el aceite lavado, polvos secantes y otras sustancias recomendadas en la farmacia casera y con lo que consiguen su deseo.

En el principio de mi práctica me dediqué mucho á la tocología, y como consecuencia, era crecido el número de niños que trataba, y llamó mi atención el que el niño que le hacían desaparecer esa manifestación de herpetismo de la región indicada con agentes exteriores, si no todos, la mayoría enfermaban de la vista.

Al principio, no explicándome yo el hecho y para satisfacer preguntas de las mamás, les decía: *Claro, le ha quitado usted el humor de donde estaba y se le ha ido á los ojos.* Pero

después, al repetirse una y otra vez, deduje que lo que yo decía en broma era una realidad, que con los agentes locales las manifestaciones de herpetismo se retiraban del periné y se presentaban en los ojos. Varios casos os podría reseñar que os confirmarían esta idea, pero sólo voy a mencionar uno que es muy patente.

Un niño tenía una manifestación herpética en el periné; la mamá lo lavó con agua de Carabafia y además le puso unos polvos que con ese fin vendían en un comercio que no era farmacia. En pocos días el niño quedó limpio de su manifestación y la mamá encantada de su obra. A los pocos meses me le presentó en mi consulta con una conjuntivitis de índole característica herpética que le impedía separar sus párpados, pues era muy grande la sensibilidad a la luz. Había verdadera fotofobia. En no poco tiempo conseguí curarle sólo con tratamiento interno antiherpético y quedó bastante bien de su padecimiento de la vista y sin que por aquél entonces se manifestara en ningún otro órgano. Transcurrieron unos diez años y volví a tener que tratarle de unas hemorroides que sangraban en gran cantidad y que se resistieron a todo tratamiento, por lo que fué necesaria la intervención quirúrgica. Dos años después de ésto se le presentó una blefaritis que no es muy manifiesta gracias a tener sostenido el tratamiento interno.

La exposición de este caso es bastante para indicar la correlación de relación que en el organismo existe entre estas dos zonas y que por lo tanto puede pensarse con fundamento que toda impresión en una de ellas percibe la otra sus efectos, ya en el sentido privativo curativo ó en el patológico, por lo que y basado en el mismo fundamento expuesto en mi artículo anterior y con objeto de ver si podría conseguirse la mayor resistencia en el fisiologismo del globo ocular y por la ley de la semejanza, á todo individuo que tenía predisposición á padecimientos de la vista, le dispuse impresiones de agua fría en el escroto y periné una vez al día. Los efectos que en todos los casos han dado estas impresiones han sido completamente felices, puesto que todo el sometido á este plan con gran constancia, no ha vuelto á padecer de la vista; pero lo asombroso, lo admirable, lo agradablemente notable es que los individuos que han prolongado esa costumbre de las impresiones frías en el escroto y periné no han perdido grado de vista, han conservado y sostenido el mismo que tenían al comienzo de ellas, si no han mejorado.

Entre ellos existe el de un impresionista preventivo que las está empleando desde el año 1914, constituyendo en él ya una costumbre, y me dice que no sólo no ha perdido vista, sino que más bien cree que ha mejorado su grado de visión puesto que hoy en buena luz lee sin lentes, lo que antes no podía hacer. Esto nos confirma sin dar lugar á duda ninguna que las impresiones de agua fría en el escroto y periné aumentan la resistencia orgánica del globo ocular; determinan la acción privativa curativa de sus afecciones y perfeccionan su fisiologismo hasta el punto de mejorar el grado de visión, siendo también detalle de suma importancia el que hasta ahora los individuos sujetos á esta práctica, ninguno ha padecido de cataratas á pesar de su edad avanzada, lo que nos demuestra que estas impresiones conservan la lente del cristalino en toda su transparencia.

El sudor es uno de los tormentos que en la época de los calores fuertes mortifican á las señoras, y, sobre todo, lo que les contraría es el olor penetrante á sobaquina que da el de la axila. Con objeto de librarse de esa molestia recurren á todo cuanto les aconsejan y emplean cuantos medios tienen á su alcance para hacerlo desaparecer, y, efectiva-

mente, con sustancias tópicas llegan á verse libres del sudor axilar, con lo que quedan tan satisfechas.

Si habéis tenido un poco de juicio observador, habréis podido apreciar que muchas de las que suprimen esa función llegan á padecer del corazón. Empiezan por ligeros anhelos en la marcha y terminan con toda la corte sintomática de trastorno del endocardio.

De ello he tenido varios casos, y el más característico el de una joven de diez y ocho años que para suprimirse el sudor axilar, cuando éste era abundante, se lavaba con agua helada. A poco tiempo se presentó la endocarditis con insuficiencia mitra¹, que determinó una gran dilatación de la aurícula que no pudo corregirse. En esta enfermita hubo el detalle triste de que al incorporarse en el lecho y estar haciendo la auscultación por la región escapular izquierda, se me desplomó sobre mi cabeza. Aquel pequeño movimiento fué bastante para que se rasgara la aurícula y determinara la muerte rápidamente.

Otro caso también muy característico es el de una señora que hace años tiene una insuficiencia compensada y que la obliga á hacer una vida de suma tranquilidad. Refiere que en sus primeros años tenía un sudor axilar con un olor tan penetrante, que la contrariaba mucho. Una persona amiga la proporcionó unos polvos que no recuerda cómo se llamaban, y de los que lo único que sabe es que eran amarillos y con los que en poco tiempo se vió libre del sudor axilar. A los pocos meses empezó á sentir anhelos en las cuestas y escaleras, con palpitaciones, que la impedían la marcha. Desde entonces arrastra la consecuencia de una insuficiencia de la mitra¹, que va conllevando gracias al sumo cuidado y á la vida de tranquilidad completa que su posición la consiente.

Estos casos me hicieron deducir que la axila pudiera ser la zona de correlación, y por la ley de la semejanza que pudiera establecerse en su acción curativa-privativa, de los trastornos del corazón, dando mayores energías á su fisiologismo y aumentando su resistencia á los trastornos patológicos. Con objeto de ver si los hechos lo confirmaban, desde entonces á todo individuo que por sus antecedentes ó síntomas de presente tiene predisposición á patologismo cardíaco que le hace insuficiente miocárdico, le dispongo que todos los días, cuando empieza el atardecer (1), es decir, antes de la comida del mediodía, se dé impresiones de agua alcoholizada fresca en las axilas, secándose bien para evitar enfriamientos.

Hasta ahora estoy contento de los resultados, pues en los débiles y predispuestos los dá un sello de tonicidad y resistencia, que los ha evitado el trastorno que parecía iniciarse.

¿Cómo nos hemos de explicar que una impresión fría en una zona determine la mayor resistencia en determinado órgano?

Si damos rienda suelta á la fantasía intelectual; si escurriendo todos los razonamientos que un criterio científico debe sustentar, queremos explicarnos por qué se realiza esa ley de la semejanza, que nos presenta un hecho que unas veces es etiológico y que después el mismo hecho se transforma en beneficioso, ya en su forma preventiva ó en la curativa, no siendo el mismo, aunque parezca el mismo, si meditamos cómo una impresión fría evita y consigue lo que otras determina, tenemos que confesar que en la actualidad

(1) *Atardecer* es frase por derivación, y quiere decir que empieza la tarde.

conocemos el hecho, pero ignoramos el por qué del mismo.

¿Podemos pensar que la presencia de un microbio sea la causa de la predisposición de un órgano á padecer y que las impresiones frías desarrollen otro microbio que destruya al anterior? No. Esas batallas de cinematógrafo no se realizan en el organismo, y el aceptarla sería unir una ilusión á la ignorancia.

¿Podemos creer que las secreciones internas desarrollen aquí un papel principal en la explicación de estos hechos? Tampoco. Las secreciones internas son productos necesarios para conservar el equilibrio funcional del órgano y aunque algunas se emplean en Terapéutica, su acción no puede ser mayor, ni tener más importancia que la local.

Los médicos tenemos la infantil condición de explicárnoslo todo ajustando los hechos á teorías reinantes más ó menos ciertas; pero á pesar de este nuestro buen deseo, existen en la Naturaleza muchos hechos que hasta hoy nos es completamente ignorado el por qué de su realización. Para convencernos de esto os voy á recordar tres hechos sumamente vulgares.

Todos sabemos que al unirse el nitrógeno con el oxígeno forman el aire; muy bien. ¿Por qué le forman?

Algunas veces habréis tenido ocasión de contemplar un recipiente con mercurio, y atraídos por su brillo y frescura habréis introducido en su masa vuestra mano en la que llevábais un anillo de oro. Al retirarla os encontráis con la desagradable sorpresa de que el anillo ha desaparecido sin que entre las moléculas de mercurio haya quedado el menor rastro del oro. ¿Por qué el mercurio destruye el oro?

Muchos de los que me leéis, médicos de Partido, habréis tenido necesidad de salir por la noche á finca distante á ver á un paciente que necesita de vuestros auxilios científicos. Durante el camino no hay más ruido que el monótono choquetear de vuestro caballo en su marcha, y así vais sin más compañía que vuestro pensamiento. Si al estar ya avanzada la noche y pasar próximo á algún caserío llega á vuestro oído el canto del gallo, decís: *las tres*.

Ya véis que este hecho es de una vulgaridad casi ridícula, y á pesar de esto y de ser conocido de todas las clases sociales, nadie sabemos, hasta ahora, por qué el gallo canta á las tres de la mañana.

Esto mismo que ocurre con estos tres hechos de todos conocidos, acontece con infinito número de ellos más, que observamos que se realizan, pero no sabemos el por qué, y lo mismo pasa con las impresiones frías en zonas determinadas, que hasta ahora no sabemos explicarnos á qué es debido el que aumenten la resistencia de algunos órganos.

Todas estas observaciones naturalistas obtenidas en muchos años de práctica, nos dan un conjunto de enseñanza, que bien recopiladas y estudiadas son de una aplicación preciosa para beneficio de la humanidad que sufre. De ese mundo que habita en la mansión del dolor y que está reclamando siempre nuestros auxilios.

Si estas ligeras ideas aportadas por mí pueden llegar á ser de utilidad tan grande que consigan transformar al enfermo en sano y evitar que el sano sea enfermo, mi alma sentirá una satisfacción inmensa al considerar que mis observaciones han servido para llevar la alegría al lecho del que sufre las tristezas y amargas de la enfermedad.

FÍSTULA URINARIA URETROPERINEAL

EXTRACCIÓN DE UN TROZO DE CUCHILLO ENCLAVADO
EN LA ARCADA PUBIANA DESDE HACÍA MÁS DE VEINTE AÑOS

POR EL

DR. CARRASCO

La lectura de un folleto sobre *Cuerpos extraños en la uretra*, escrito por el Dr. Barragán y Bonet, y que es autor ha tenido la fineza de remitirme y con motivo de haber leído en EL SIGLO MÉDICO del 30 de Agosto del año actual la historia clínica de un caso de su práctica y de la mía, pone la pluma en mis manos otra vez para dar cuenta de otro notabilísimo de mi práctica, y que entiendo que debe ser conocido.

No fué propiamente un caso de cuerpo extraño en la uretra, que pueda incluirse en los grupos que el Dr. Barragán admite en su folleto; fué un caso que él solo por sí mismo puede formar un grupo más de los admitidos por el doctor Barragán y que podría denominarse: *cuerpos extraños para uretrales*.

La historia es la siguiente:

Manuel Arruti, de treinta y nueve años de edad, ocupó en mi clínica del Hospital Civil de Bilbao la cama letra B, el día 17 de Abril de 1903.

Al ingresar presentaba en el lado izquierdo del periné una fístula urinaria, por la que salía alguna orina en el momento de la micción, sobre todo cuando el enfermo, queriendo orinar pronto, hacía fuerzas para acelerar la salida de la orina. Fuera de esto, la mayor parte salía por la uretra. Traté de sondarle varias veces, pero nunca conseguí pasar de la porción membranosa, ni aun con la candelilla conductora del uretrotomo.

El enfermo me advierte que á todos los médicos que lo habían intentado les había sucedido lo mismo; nunca le habían podido sondar.

En alguna de mis tentativas me pareció percibir un roce, como si hubiera en la uretra un cuerpo extraño.

Como antecedentes no daba más que una hienorragia hacía ocho años; pero que su dificultad de orinar era mucho más antigua.

Aunque la fístula era insignificante, y no le ocasionaba más molestia que la lentitud en la micción, el enfermo quería curarse á todo trance.

Como á mi juicio la operación que había que hacerle no era grave, no tuve inconveniente de acceder á sus deseos.

Llevado, pues, á la mesa de operaciones con propósito de hacerle una uretrotomía externa, aseptizada la región, y obtenida la anestesia clorofórmica, abrí la uretra sobre un catéter acanalado, llevado hasta la estrechez.

Traté entonces de sondar por el ojal; pero tampoco conseguí pasar del sitio estrechado.

En vista de esto, desbrido la fístula, é introduciendo por ella el índice, voy en busca de la uretra.

Encuentro entonces en la profundidad y cerca de la rama ascendente del isquion izquierdo, una resistencia.

Explorando con la sonda acanalada, percibo la sensación de un choque contra un cuerpo duro. Vuelvo á introducir el dedo y me convengo de que lo que toco tiene alguna movilidad.

En esta creencia trato de cogerlo con unas pinzas de Pean; le cojo, pero las pinzas resbalan y no puedo extraerlo.

Teniendo á todo esto el índice en contacto con lo que sin

duda es un cuerpo extraño, me pincho con él entre la yema y la uña.

Dispuesto á sacarle, le cojo fuertemente con un gatillo recto, y tirando y movilizándole á un lado y á otro, le extraigo al fin, con gran contento mío, y no poca extrañeza de todos, pues lo que teníamos á la vista era un trozo de un cuchillo carnicero, de unos seis centímetros de largo y de cerca de dos en su parte más ancha, negro como el azabache, rugosa y corroída la superficie, y con varias mellas en el corte, antiguas unas y otras recientes, hechas éstas por mí al asirle con las pinzas.

Vuelto el enfermo en sí del sueño clorofórmico, al presentarle el cuerpo extraño, con lengua todavía temblorosa por la anestesia, exclamó: «Mire, señor (era argentino), ¿eso me han sacado? Bien decía yo que debía tener ahí la hoja del cuchillo».

Era la primera vez que le oíamos hablar de semejante cosa. Después nos refirió que hacía más de veinte años, estando en la Argentina, y llevando al cinto un cuchillo de monte, cayó del caballo que montaba, y, al levantarse, se encontró herido y con el cuchillo roto.

Curó la herida rápidamente, y ni él ni nadie pensó en la hoja del cuchillo; pues si en los primeros días él creía que la tenía clavada, desechó pronto esa idea, y no volvió á pensar en ella, pues ni le molestó para seguir montando á caballo, ni dió más señales de su existencia que alguna dificultad al orinar y la fístula con que ingresó en el hospital, fístula que se le formó muchos años después del accidente.

El 12 de Julio, curada la fístula, salió del hospital.

Aunque el cuerpo extraño no debió en el momento del accidente lesionar la uretra, pues no se hubiera curado tan pronto la herida como se curó, y se hubiera poco después establecido la fístula, es indudable que el trozo de cuchillo quedó tanjente á la uretra, comprimiéndola y estrechando su calibre, y que después, pasado mucho tiempo, la ulceró, sobrevino la infiltración de orina y se formó la fístula, quedando el borde del cuchillo, probablemente el obtuso, sobresaliendo en el interior de dicho conducto.

Por eso le he denominado cuerpo extraño en la uretra de origen parauretral.

Amorebieta, 16 de Septiembre de 1924.

Herida contusa de la región sagital y fractura del parietal izquierdo

POR EL

DR. VICENTE FIDALGO TATO,

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

Ignacio Laza Blanco, natural de Pucheta-Abanto y Ciérvana (Vizcaya), de diez y seis años de edad, de estado soltero, de profesión jornalero, domiciliado en Cotorrio, manifiesta que el día 12 de Mayo de 1924, á las cinco de la tarde, trabajando en las minas de mineral de hierro *Petronila y Confianza*, del coto minero de Somorrostro, entre él y otro obrero llevaron un vagón vacío á un apartadero para cargarle de escombro, con tan fatal coincidencia, que al llegar al cruce de la otra vía con un vagón cargado en un nicho, salió disparado, sin que el obrero que le conducía, con la cabeza

gachía para no pegar en los cuadros, se apercibiese á tiempo para detenerlo con su galga; iba lanzado con gran velocidad el cargado y se encontró por delante el vagón vacío que ellos empujaban por detrás, chocando en el cruce con el otro vagón con gran violencia, tirándole por el topetazo del tornillo de la puerta, que estaba sin echar la llave y sobresale unos 4 ó 5 centímetros, próximamente, derribándole en tierra. Quedó sin conocimiento; vino el capataz y le apartó á la cuneta, según le manifestaron; acto seguido le cogieron en una silla entre cuatro y le llevaron á su domicilio para meterle en cama. Fué visitado y curado por un médico de Somorrostro aquel mismo día. Al siguiente fué otro médico, el Sr. Garay, que le renovó la cura, disponiendo fuese trasladado al Hospital, por tratarse de un herido de importancia.

El mismo día del accidente, á la hora de llegar á su casa, tuvo un vómito, pero antes le había sorprendido que al quitar la ropa para meterle en cama, aunque sentía, no podía sostenerse en la pierna derecha, ni mover los dedos.

La noche la pasó intranquilo, no sólo por los efectos del violento choque, sino que su madre había recibido órdenes de no dejarle dormir.

A nuestra observación presentaba en la región sagital correspondiente á la sutura de los huesos parietales, una herida contusa de las dimensiones de una peseta, con el pelo recortado en largo por una tijera, é impregnado de sangre, preliminares de lo deficiente de la cura aséptica practicada, con una herida contusa en la región frontal completamente cubierta de pelo.

Recubiertas las heridas con gasa esterilizada, sujeta por una venda, procedimos á darle el baño general. Las manos eran las más sucias, que después de varias fricciones jabonosas, ó lavados con agua caliente, sometimos á lociones con alcohol rectificado.

Como cuestión previa, comenzamos por rasurar toda la cabeza, especialmente alrededor de la herida, situada entre las fontanelas bregmática y lambdoidea, que redonda y deprimida, los pelos se encontraban invertidos é incrustados entre los fragmentos óseos y la substancia cerebral, y era necesario afeitar bien y separar.

Habían transcurrido ya veinticuatro horas después de haber ocurrido el lamentable choque, y no presentaba síntomas de conmoción; el pulso era normal, 72 latidos por minuto; tampoco la respiración presentaba nada de especial, sólo se quejaba de la cojera en que le había sumido el accidente, que le incapacitaba para la sustentación y la progresión, desmintiendo el dicho vulgar que aconseja pegar en la cabeza para que no cojeen.

Contestaba con precisión á cuantas preguntas se le le dirigían, sin retraso ni dificultad.

De haber caído perpendicularmente el tornillo perforante del vagón sobre la bóveda craneal, hubieran sido afectadas primeramente las partes más culminantes de entrambas zonas motoras, derecha é izquierda, con el lóbulo paracentral, y como bajó á modo de corona de trépano el tornillo hasta tropezar con la ma-

dera de la puerta del vagón, es lo más probable, por no decir seguro, fuesen atacados de parálisis ambos miembros inferiores, constituyendo una paraplejía, como en las lesiones de la medula. En el caso actual, aunque la herida fué inferida oblicuamente de derecha á izquierda, y, por lo tanto, alcanzó á la zona motora izquierda en su parte superior, de ahí que fuese afectado el miembro inferior derecho, de la rodilla para abajo.

La pierna izquierda funcionaba normalmente, obedecía al imperativo de la voluntad la contracción de sus diferentes músculos, como antes de haberse lesionado; la sensibilidad tampoco había sufrido alteración alguna, conservando los reflejos su estado natural; en una palabra, conservaba la integridad de sus funciones.

No ocurría lo mismo con la pierna derecha, se le doblaba de la rodilla para abajo al apoyarse en el pie derecho, sin que los músculos obedecieran al mandato de la voluntad, singularmente los del pie, sin poder mover ninguno de sus dedos. El miembro y zonas paralizadas percibían el contacto de los objetos de exploración, y el modo de actuar, señal de la conservación de la sensibilidad, aunque no tan aguda como el miembro sano. Los reflejos plantares respondían á una especie de cosquilleo, otras desaparecían; los del pie y rodilla se conservaban, aunque atenuados y perturbados.

Indudablemente la zona motora cerebral, está admitida y reconocida, con ligeras variantes de extensión, por todos los experimentadores en la materia y los observadores anatómicos, es una de las localizaciones mejor conocidas por sus efectos de inervación y complicaciones postraumáticas y postoperatorias.

Recordaremos los órganos ó elementos anatómicos que la constituyen. La corteza cerebral relacionada con la motilidad voluntaria está agrupada alrededor de la cisura de Rolando y comprende: 1.º, toda la frontal y parietal ascendente, ó sea la prerrolándica y postrolándica; 2.º, el lóbulo paracentral, que une por arriba las dos citadas circunvoluciones y ocupa el reborde interno de entrambos hemisferios; 3.º, el pliegue de paso frontoparietal inferior ú opérculo rolándico, que reúne todas estas circunvoluciones por su parte inferior, ó sea el pie de la 1.ª y 2.ª frontal, algunos incluyen hasta el pie de la 3.ª frontal y sobre el de la parietal superior. Toda esta región, esta zona motriz de la corteza denominada también á causa de sus reacciones fisiológicas ó patológicas, zona excitable, ó zona epileptógena, según el parecer general de los tratadistas y de L. Jestut. Una lesión patológica ó traumática que destruya la corteza de estos centros motores corticales, producirá consecutivamente una parálisis más ó menos persistente en uno ó diferentes grupos musculares del lado contrario del cuerpo. En los diferentes puntos de la corteza y superficie cerebral, llamada zona latente, puede destruirse la corteza, sin provocar parálisis.

Los experimentos y excitaciones de esta zona motriz, nos han llevado á dividirla en tres centros distintos: el centro del miembro inferior, el centro del miembro superior y el centro de los movimientos de la len-

gua y de una parte de la cara. El territorio ó centro motor del miembro inferior está situado en la parte anterior de la zona motriz; contiene el lóbulo paracentral y el cuarto superior de las dos circunvoluciones, central ascendente y parietal ascendente. El territorio motor del miembro superior sigue por debajo del precedente, ocupa los dos cuartos medios de las circunvoluciones rolándicas. El territorio motor de la lengua y de una parte de la cara, todos los músculos de la cara, menos los de la frente, de los párpados y de los ojos, ocupan el cuarto inferior de las dos circunvoluciones ascendentes y el opérculo rolándico.

Los tres territorios motores del cerebro—subdividida la zona motriz—que animan ó inervan el miembro inferior, el miembro superior y la cara, se escalonan regularmente de arriba abajo en sentido inverso de los tres segmentos del cuerpo ya citados. De otro modo, el centro cortical más elevado se relaciona con la motilidad del segmento más inferior del cuerpo, y viceversa; representa al individuo cabeza abajo y con los pies en el borde superior del hemisferio.

El territorio de la corteza relacionado con la sensibilidad es exactamente el mismo que la región motriz; comprende las dos circunvoluciones frontal ascendente y parietal ascendente, el lóbulo central y el opérculo rolándico. De ahí que la zona motriz resulta una zona mixta; es la zona sensitivomotriz.

No debemos omitir ningún recurso que nos ponga en conocimiento de la extensión de la lesión y punto preciso, á ser posible, del lugar que ocupa, y aunque no los preconicemos, con relación á otros, daremos prin-

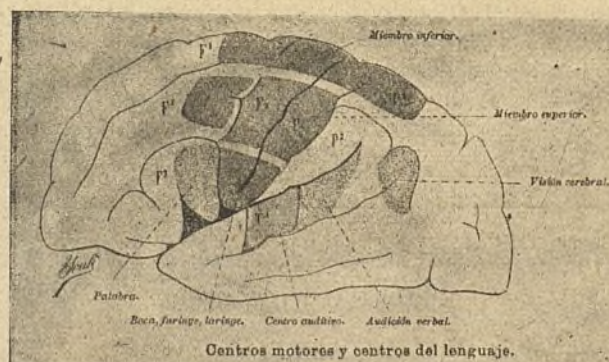


Fig. 1.ª

La fotografía 1.ª, tomada de la Anatomía humana de Poirier, Charpi y Cuneo, representa concisamente la región motora cerebral, y aunque no nos satisface por completo, ilustra cuanto hemos expuesto.

cipio por los más tangibles ó externos, por considerarlos más fáciles.

Sucintas indicaciones de los procedimientos de topografía craneoencefálicas:

Es preciso reconocer, no obstante las nociones anatómicas sobre un cráneo recubierto de sus partes blandas, la dificultad de determinar á través de las paredes óseas la situación ocupada por las cisuras y las principales circunvoluciones; solamente las suturas son perceptibles debidamente á través de los tegumentos; es-

pecialmente en las primeras edades es cuando mejor se notan; de ahí los grandes procedimientos á señalar á través del cuero cabelludo estas cisuras y circunvoluciones, que sólo indicaremos con muy breves consideraciones.

Procedimiento de P. Broca-Championnière y de P. Poirier.

Procedimiento de Chipault. Este procedimiento es profesional y no de cifras absolutas, hay que tener presente las variaciones cráneo-topográficas que provocan la forma y el volumen variable del cráneo según las razas, los individuos y la edad.

Es muy distinto un cráneo braquicéfalo, que el de un dolicocefalo.

Chipault toma como puntos de partida, el punto nasal, el tubérculo retroorbitario y el inion.

Marca sucesivamente la línea naso-iniaca:

El punto prerrolándico á los 45 por 100 de la longitud.

Idem rolándico á los 55 id. id.

Idem sylviano á los 70 id. id.

Idem lambdoideo á los 80 id. id.

Idem supra-iniaco á los 95 id. id.

El procedimiento Chipault se puede ejecutar con una cinta métrica; estos procedimientos sencillos, como en la mayor parte de las materias, en diferentes órdenes, son los que dan mejor resultado.

Bert y Vignart utilizan sobre el cadáver el craneometro especial construido por Krönlein y han manifestado que el procedimiento de topografía craneocerebral preconizado por el autor alemán, era simple y de una grande exactitud; nosotros lo hemos empleado muchas veces en el Hospital de Triano, en lesionados del cráneo, y reconocemos sus grandes servicios.

Hay otros muchos procedimientos, que no debemos tomar la molestia de mencionar.

Se ha acusado á los diversos procedimientos de topografía cráneo-encefálica, el defecto de precisión.

Es claro, que ninguno de ellos permite establecer de un modo absoluto y fijamente la colocación de los órganos subyacentes.

Hoy no se precisa una exactitud extrema en las medidas, puesto que la práctica de las trepanaciones amplias de 7, 8 y 10 centímetros de diámetro están generalmente admitidas y aún más.

Todos los medios de exploración que nos conducen á fijar el sitio de la lesión y su extensión, siempre nos han parecido esfuerzos dignos de encomio, sin que sea un reproche á la topografía cráneo-cerebral; ocurre muchas veces que el traumatismo cráneo-cerebral deja huellas en el punto que se ha inferido la contusión, y, sin embargo, las congestiones, las fracturas del hueso, los derrames sanguíneos y las lesiones, se encuentran en el diámetro opuesto, ó en otras regiones distantes, sin conexión al parecer con la directamente atacada, resultando fracturas ó lesiones cerebrales por repercusión ó contragolpe de las que hemos sido testigos en las salas de autopsias de la zona minera de Vizcaya, y de las que también habla H. Duret en su monumental obra de traumatismos cráneo-cerebrales. En estos ca-

sos el conocimiento completo de las regiones y de las localizaciones cerebrales conocidas, nos orienta del punto y centro lesionado, extensión de las lesiones, por sus manifestaciones ó síntomas, mucho mejor que los procedimientos enunciados, sin que nos complazcamos en acumular objeciones.

Entró por la tarde en el Hospital de Triano y la necesidad de someterle á la operación que procediese era de reconocida urgencia, no tanto por los síntomas, que por el momento no eran alarmantes, sino por las complicaciones á que le exponíamos si diferíamos la operación, como después indicaremos.

Obtenido del lesionado el beneplácito para ser operado, la necesidad era evidente; sin embargo, como en Medicina y Cirugía las cuestiones reputadas como sencillas resultan complejas, procedí á consultar el caso con el personal auxiliar del Hospital, coincidiendo todos en la urgencia de la operación, á fin de ponerle á cubierto en lo posible de las temibles complicaciones, poniéndole en camino de curación. En este caso contamos con el valioso consejo y ayuda de mi sucesor en la titular de Gallarta-Abanto y Ciérvana, el ilustrado Dr. D. Gregorio Villanueva, competente neurólogo, que le pareció indicada la operación, aunque no fuese más que para evitar la compresión producida por la depresión de los fragmentos óseos de los parietales. No nos faltó la colaboración muy valiosa y estimable del auxiliar de este Hospital, D. Patricio García, á quien estamos reconocidos por sus excelentes servicios.

Prodigamos el lavado del cuero cabelludo, ya perfectamente rasurado, con agua hervida caliente y jabón de cocina, después irrigación prolija de la solución de bicloruro de mercurio al 1 por 1.000 alternada, toda la cabeza sin pelo alguno, ya afeitado, con fricciones de alcohol rectificado. Tanto en la herida contusa frontal como en la depresión sagital y sus inmediaciones, recubrimos su piel con una embrocación de tintura de yodo, en solución normal recientemente preparada.

Sin permiso y con perdón de los cirujanos especialistas, intentamos poner manos á la obra, asaltándonos los escrúpulos si cometeríamos un acto de intrusión ó caerían sobre nosotros las severas censuras de los especializados; la urgencia del caso nos decidió á la acción sin encorstrar justificada la abstención, pero en adelante, á manera de paréntesis, á fin de no faltar á ninguna conveniencia legal ni social, quisiera saber, para recomendar á los amigos y parientes jóvenes la adquisición del lucrativo título de especialista, en qué Universidad se otorgan. Acaso en la renombrada Universidad de Babilonia; mas si no fuera así sino por el sufragio de profanos ó adjudicación del propio individuo favorecido, me tienen sin cuidado tales motes; aunque siempre estoy dispuesto á pedir perdón de mis atrevimientos de intervención con la consiguiente enmienda.

(Concluirá.)

ABDOMEN AGUDO ⁽¹⁾

POR EL

DR. SLOCKER DE LA ROSA

Si los fenómenos, aunque agudos, no lo son tanto; si ya ha habido en una colecistitis antigua, crisis de agravación y mejoría en el dolor, defensa, fiebre y escalofríos que se acompañan, entonces el dolor cede, al menos el dolor punzante, el cólico, y se verifica una reacción alrededor por colecistitis, que en el momento puede parecerse á una perforación de úlcera de estómago y, en ocasiones, al adherirse la vesícula, se perfora y precisamente hacia el estómago, en el cual caso, los vómitos exclusivamente biliosos que presentaba el enfermo, se tiñen de sangre ó pus y en ocasiones se vomitan con el contenido de la vesícula, derramado en el estómago, cálculos biliares.

La hemorragia que acompaña á estos vómitos complica aún más el cuadro, y ya por instinto el enfermo se da cuenta de la gravedad.

Si el vaso que se ha ulcerado al verificarse la perforación en la pared gástrica no es de gran calibre, la hemorragia que la acompaña cede pronto, no tiene entonces más trascendencia que cuando se perforó en un bronquio una pleuresia interlobar, el dolor cede algo; si la hemorragia disminuye, el enfermo mejora, el pulso aumenta en tensión y disminuye en frecuencia; si el vómito no es muy persistente, también la defensa muscular y la hiperestesia de la pared van cediendo y la paresia intestinal provocada por la peritonitis localizada por el dolor y hasta con los medios farmacológicos empleados se mitigan, como también la necesidad inmediata de una intervención urgente. Es la mejor manera de resolverse el proceso. Para cerciorarnos que la perforación de la vesícula en estómago se ha verificado, es preciso perseguir los síntomas, no contentarnos con el relato de la familia como no sea patente la descripción del pus ó cálculo, con el cuerpo del delito; el planteamiento de la laparotomía de urgencia será de supremo interés para la vida del enfermo.

Es engañoso, sin embargo, el cuadro que mejora porque ceden el dolor, la fiebre; y, en cambio, no hay vómito, no cede la tensión en el reborde costal y hacia la línea media, ni el hipo, si le hubo, ni los vómitos, que tampoco se han modificado. Hay que intervenir, pues no tenemos signos en que fundar la probabilidad, favorable para el enfermo, al menos de momento, de salvar su vida por la natural resolución de la enfermedad y una perforación fulminante hacia el peritoneo puede establecerse. También engaña el cuadro cuando esta perforación se verifica hacia el intestino, duodeno ó colon.

La mejoría general se presenta cuando la pericolecistitis después de su agudeza cede, pues tiende á coleccionarse pus, que se adhiere á la pared; la vesícula, la fiebre persiste y los síntomas, por parte del peritoneo, son más atenuados y localizados. No es raro ver entonces la aparición de edema en la pared abdominal á mayor ó menor distancia del reborde costal; absceso de origen vesicular que tiende á salir y hay que abrirlo.

Con frecuencia he visto coexistir las dos soluciones en casos de coleditis, habiéndose presentado un síndrome agudo, que pronto, por lo que se refiere á localización, ha determinado la eliminación hacia el intestino de un cálculo después, mejorando el estado general y local para agravarse al

yoco tiempo aumentando el edema, la fiebre, escalofríos y planteándose de nuevo la indicación operatoria, cuando después de considerarla alejada, transcurridos los primeros momentos, hemos hecho la incisión del absceso, encontrando pegada la vesícula biliar á la pared abdominal, y al evacuar el pus hemos dado salida también á otro cálculo gigantesco y esférico, que se articulaba perfectamente en la concavidad del eliminado con la deposición, y entre los dos reproducían el molde de la cavidad vesicular. En uno de los más notables casos que he tenido ocasión de intervenir, y en que he podido asistir á la sucesión de este síndrome agudo del abdomen y al subsiguiente episodio localizado, se pudo comprobar hasta la comunicación con intestino, probablemente el colon, con la aparición en la herida y su desaparición á los tres días simplemente procurando la desinfección de la herida y el desagüe biliar á través de la vesícula. Ante un cuadro semejante, la intervención debe quedar reducida á la evacuación del pus y de los cálculos, y á sostener el desagüe biliar más allá de ocho días de haberse quedado el enfermo apirético. Si esta resolución favorable se debe á la pericolecistitis localizada que aleja los serios momentos en que el cuadro clínico, de mayor gravedad alguna vez, produce resoluciones inesperadas, tendiendo á la eliminación por distintas vías; y así el propio hígado puede tener participación en el absceso ó estar casi todo él formando uno gigantesco, ó también á través de él fraguarse un absceso infradiaphragmático para vaciarse hacia la pleura, etc., etc.

Hasta ahora no hemos tenido que considerar más que la infección biliar y la coleditis vesicular, como determinantes del síndrome agudo de abdomen; pero los cálculos, las graves infecciones del hepático y del colédoco y toda la patología biliar, derivada de las *afecciones pancreáticas*, nos pueden dar también el síndrome, vista la manera como se agrupan las afecciones del páncreas, con las gastroduodenohepáticas, de las que Cervera hizo ya, en 1905, una descripción de conjunto desde el punto de vista quirúrgico.

Se basa esta asociación en el empalme de los órganos que forman los conductos biliares y pancreáticos, y de la manera como anatómicamente se relacionan con órganos próximos, así el conducto colédoco con relación al páncreas después de haber pasado por el epiplón gastrohepático y colocarse más abajo, detrás del duodeno, se desliza sobre la parte posterior de la porción vertical, y encontrando la cabeza sobre la que descansa simplemente en contacto, ó sobre un canal, ó en el espesor mismo. Saliendo del páncreas y relacionándose con el conducto pancreático, perfora las túnicas duodenales, y se une al pancreático en la ampolla de Water. Los dos poseen fibras musculares, circulares, descritas por Oddi (sobre cuya función hoy hay estudios muy interesantes).

Teniendo en cuenta nada más que este somero esquema de la desembocadura de estos conductos, fácilmente se comprende la manera como mecánicamente pueden obstruirse molestándose mutuamente la función, interrumpiéndola ó anulándola cuando las inflamaciones, hemorragias ó cálculos del páncreas compriman, poco ó de repente, el conducto colédoco cuando pasa por la cabeza ó cuando desemboca; de aquí la aparición de ictericia. Rara vez el páncreas enferma solo, pues suele asociarse á la coleditis, catarro duodenal, úlcera de estómago ó duodeno, así como las neoplasias de estos órganos, y no es infrecuente ver el síndrome pancreático á consecuencia de lesión de ganglios linfáticos ó de enfermedades hepáticas, y gracias que la mayor parte de su función puede ser substituída por la de otros órganos: secreción salivar, jugo gástrico é intestinal, así como la biliar,

(1) Véase el número anterior.

tanto más, cuanto que se ha podido comprobar que hasta la misma necrosis parcial de la glándula no inutiliza el resto. Sin embargo, sus lesiones simulan algunas veces, y no sólo simulan, sino que la provocan, una obstrucción intestinal cuando un tumor del páncreas comprime el duodeno, y cuyo síndrome agudo es difícil achacar desde el primer momento a una lesión pancreática, y al mismo tiempo acompañarse de ictericia cuya solución quirúrgica ha de ser el desagüe biliar.

Sería entretenido desarrollar, siquiera fuera con vistas al síndrome agudo del abdomen en relación con las lesiones pancreáticas, y analizar uno a uno cuantos síntomas puedan presentarse; pero hay que tener presente que en la interpretación de los síndromes agudos, son los signos salientes y graves los que hemos de considerar y ponderar, pues muchas veces es *à posteriori*, después de la intervención, cuando diagnosticamos el origen de la lesión, y así, afecciones hemorrágicas ó supuradas pueden presentarse en regiones lejanas, simulando que son de riñón ó de columna vertebral, ó de lesiones apendiculares ó anxiales; y es que la sangre y el pus se fragan caminos tortuosos ó directos, desde la cara anterior del páncreas hacia la cavidad peritoneal más ó menos enquistadas; ó hacia la cara posterior en un plano retroperitoneal; cuadros clínicos, todos interesantes, graves muchos de ellos, y que al remontarse en la historia clínica del enfermo, no siempre se obtiene una certidumbre del origen patológico. Sin embargo, la pancreatitis aguda, sobreaguda y subaguda son las más corrientemente diagnosticadas.

En la primera, comienzo brusco y dolor intenso y fijo durante veinticuatro horas en epigastrio, acompañados de síntomas de shock y vómitos que llevan rápidamente al colapso. La porción supraumbilical del abdomen está distendida, pero sin contractura, ni está hipersensible.

En la forma aguda, el dolor es también repentino, pero no tanto; se fragna con creciente intensidad, vómitos persistentes y acompañados de estreñimiento, hasta el punto de que semeja una obstrucción intestinal, y la distensión de la pared superior se hace más visible, y casi siempre el enfermo refiere haber sufrido cólicos hepáticos y acaba por aparecer este abombamiento sensible y en ocasiones renitente y algo timpánico si conserva el estómago y colon por delante (si no ha dislocado los dos), una colección purulenta es posible.

En la forma subaguda, los síntomas recuerdan los de una colecistitis aguda con ó sin cálculos, dolor epigástrico, con irradiación al hombro, vómitos, etc.

Sin embargo, puede confundirse la pancreatitis aguda con la perforación de úlcera gástrica ó duodenal (procesos ambos que por todos se admite, como dice Hernando, sean de la misma naturaleza) y con la obstrucción intestinal; pero el dolor en la pancreatitis es angustioso, pues no se acompaña de defensa, ó si la hay, es muy moderada y la pared abdominal es poco sensible; en la obstrucción el dolor es agudo, pero no tan intenso como en la pancreatitis, y en los casos de úlcera, la mayor parte de las veces son las correspondientes á un enfermo que ha sufrido de estómago algún tiempo, y aquí si la defensa es extraordinaria y muy sensible á la palpación, el epigástrico y la tendencia al colapso es tardía, al final, cerca de la muerte, lo contrario que en páncreas, cuya aparición es brusca y tendencia al colapso, principio del síndrome agudo.

En estómago perforado hay, después de unas horas, fiebre y leucocitosis. En la obstrucción, naturalmente, astricción y vómitos; en la pancreatitis no hay, como ya dijimos, tanta tendencia á estas últimas manifestaciones clínicas.

Los vómitos.—Se presentan muchas veces persistentes, continuados, sin esfuerzo, casi como el único síntoma de abdomen agudo, y hemos de entretenernos un momento en su interpretación; son consecuencia de seguir como manifestación de un cuadro agudo de abdomen, en que todos los otros signos (dolor, defensa, etc.) van desapareciendo, pero persiste la gravedad. También en la convalecencia de infecciones en estómagos atónicos, ó los que se han tomado por espasmos de píloro y en las gastroptosis totales. Después de un parto, como en el caso de Hernando, así como otros de Yagüe, en enfermos cuya motilidad gástrica está alterada; pero es indudable que también entra por mucho la acción de los reflejos, estímulos nerviosos y alteraciones de músculo visceral.

No nos podemos entretener en recapitular las muchas teorías expuestas; pero tenemos la opinión personal de que en algunos casos de los que se han descrito como consecutivos á lesiones como la apendicitis, falta el complemento de lo encontrado en la intervención, pues el hecho de haber operados que presentaron la dilatación aguda de estómago después de ataques apendiculares y aparecer el epiplon adherido y tenso, que á su vez tiraba de colon y estómago hacia abajo, así como también de hipo persistente, debido á adherencia de perigastritis, que llegaba por arriba al diafragma y por abajo hasta el ombligo, que fijan, inmovilizan, en una palabra, además de aquéllos, píloro con duodeno, haciendo un papel mecánico (son motivos de estímulos para los reflejos), me permite pensar que muchas veces, aun realizándose favorablemente, y precisamente por eso, el diagnóstico directo de lo que motiva la dilatación aguda, quede en suposición, tal vez lógica, pero siempre á las resultas de otra ulterior investigación, que acaba muchas veces por despejarse después de una intervención.

Lo característico es el vómito fácil, apenas sin esfuerzo, verdadera regurgitación persistente, y que, desde luego, se presenta después de horas ó de días con angustia y relajación del estómago.

Si en el diagnóstico diferencial que mentalmente hacemos no encontramos otros elementos que para titular «dilatación aguda de estómago», creo que lo completa y resuelve siempre, y cuanto antes mejor, el propio lavado. Si se practica muy al principio, es posible que no se repita un vómito; si luego otro nuevo lavado no da cuenta de él, aunque siga nuestro juicio inclinado á este diagnóstico, habrá que buscar el «apellido» en algo mecánico, que determinará otras medidas terapéuticas por fallar el lavado. Sin embargo, lo corriente es que libre al enfermo de molestias y de la gravedad que indudablemente tiene.

La situación es distinta cuando á todo lo anterior hay que añadir «postoperatorio», porque aquí, con ser, al parecer, más fácil de interpretar, no siempre acertamos con la causa única, cierta, absoluta, que de lograrlo nos lleva á resoluciones importantes, cuales son: abrir de nuevo y resolver quirúrgicamente el motivo de la dilatación.

No quiero pasar, sin embargo, un caso que no es postoperatorio ni anestésico, sino simplemente «operatorio».

A una antigua ulcerosa con dilatación y atonía, que ella misma se hacía varios lavados algunas veces en el día y durante muchos años, le practico una gastroenterostomía después de haberla preparado convenientemente, incluso lavando su estómago una hora antes de la intervención, y cuando finalizaba ésta, soltando los *clamps* para hacer la última sutura, la seroserosa (que se hace mejor soltándolos y se reparte mejor la tensión de los hilos) y comprobar de paso si gases y líquidos se escapaban por algún punto flojo ó mal unido, el estómago grande, porque llegaba al pubis,

dejaba pasar al yeyuno los gases contenidos; pero su tensión aumentaba por momentos y se veía adelgazar su pared en términos que las venas de algún calibre se azulaban é ingurgitaban más y más. No nos explicábamos sino por la anestesia en un estómago hipotónico que esto sucediese; se suspendió ésta por ver si tenía tendencia á reducirse. El corazón se sostenía bien porque no se comprimía diafragma; á lo que atribuyo, entre otras causas, el mal estado del pulso cuando se presenta en enfermo sin intervenir, recha. zamiento, excitación y compresión de órganos próximos. Rápidamente me di cuenta de que al asa aferente y eferente que acababa de coser, lo mismo que al colon, le sucedía igual; inmediatamente ensanché un poco la incisión, y en pocos minutos quedó conjurado el conflicto. Se había estrangulado toda la porción gastrointestinal que estaba fuera del abdomen; cedió primero el duodeno, que se aplastó no del todo, pero sí en la medida en que lo estaba al comenzar la última sutura; luego, el colon, y por fin, el estómago. El todo pudo ser reducido con dulzura, y practiqué la sutura de paredes de abdomen sin tensión y sin forzar las vísceras al interior.

Creo que puede influir también el enfriamiento, aunque yo operaba este caso como todas las laparotomías, con paños húmedos; desde que me ocurrió este episodio los renuevo con frecuencia, pues si bien húmedo y caliente al principio de su colocación, puede luego hacer el papel opuesto, esto es, por la humedad que conserva (al evaporarse el líquido), produce un descenso de temperatura, contribuyendo con la estrangulación de la propia herida á dilatarse. Hay que pensar que se presenta en estómagos atónicos, pues en los muchos cientos de operaciones semejantes que llevamos practicadas no nos ha ocurrido más que esta vez, y la herida muchas veces habrá sido tan estrecha ó más que en esta enferma. Y no se nos presentó jamás el fenómeno por la constricción propiamente dicha de la incisión de laparotomía.

Después de la anestesia general ya se sabe que es frecuente. Cada día la vemos menos porque hacemos menos anestésias generales y porque con el éter se presenta también rara vez. Más se ve con el cloroformo; pero si es administrado con oxígeno, no tanto. No hay que olvidar que algunas veces el vómito se presenta, pero por eliminación lenta del anestésico y en casos en que casi siempre hay una insuficiencia hepática. Si este vómito lo atribuimos con su persistencia á dilatación aguda de estómago, la percusión, el abombamiento, etc., nos definirán el motivo.

En cambio, en las intervenciones de estómago, si motivan la dilatación postoperatoria y sistemáticamente, les lavo á los gastroenterostomizados que pasan la noche de la operación vomitando.

Tengo la evidencia de haber hecho abortar algunos ataques semejantes por establecer el lavado precoz, aunque puede también atribuirse el vómito al anestésico. Nunca he tenido motivo para preocuparme de que pueda resentirse la sutura. Hace años tardaba en decidirme por este temor; pero en seguida me convencí de su utilidad.

Tanto es así, que he visto casos de resecciones de estómago en que se han presentado ó reconocido tardías, por presentarse lentamente después de horas ó días, y resueltamente he acudido al lavado con éxito.

Algunos detalles de la técnica de las intervenciones sobre aparato digestivo hay que recordar en tanto que motiven probabilidades de dilatación, bien de estómago ó bien duodeno, que clínicamente se presentan de modo semejante. Me refiero á la gastroenterostomía con asa corta ó con rotación del asa ó en la antecólica, pues al colocarse parale-

las las asas aferente y eferente de la boca anastomósica pueden ser comprimidas, y es el duodeno cogido el llamado círculo vicioso, que lo es, en efecto, al principio y dilatación después.

Se evita haciendo yeyunoyeyunostomía con sutura ó botón.

Las duodenostomías anteriores para incidir la ampolla de Vatter por cálculo enclavado ó estrechez, llevan algunas veces al mismo resultado por hacer una sutura estrecha. Otras veces, por adherencias rápidamente provocadas en yeyuno ó la hernia en las fosas del mesenterio. Aquí la comprobación por radioscopia es indispensable, y yo he tenido que reoperar á los dos meses á una enferma así. La he visto presentarse después de exclusión de píloro, y pocas veces como consecuencia de apendicectomía; después de laparotomía ginecológica, sobre todo, luego de extirpar grandes quistes y miomas, si bien es cierto se operan hoy más pequeños. Esta dilatación se ha visto acompañada de la del intestino delgado, y siempre hago purgar dos veces, con intervalo de unos días, á las enfermas antes de la intervención. Contribuye á ello, sin duda, el estar el estómago é intestinos acostumbrados á la compresión del gran tumor; al descomprimirse rápidamente hay una paresia (por cambiar el tono muscular), mientras se habitúan al nuevo acoplamiento, y, en ocasiones, la dilatación aguda se añade á este fleo paralítico, que no debe confundirse con el motivado por uremia y otras causas. Es recomendable apretar algo la vena y levantar pronto á las enfermas para rehacer también el tono de las paredes abdominales. Si es el cuadro tan agudo, la tendencia á la dilatación la motiva una brida, y así he tenido ocasión de operar á una enferma, por una que se extendía desde la cicatriz del peritoneo y abarcaba al estómago y se doblaba en forma de reloj de arena como lo hubiera podido verificar una úlcera mesogástrica y atónica, que se recuperó un poco después de la gastroenterostomía. En cambio, en pos de intervenciones en vías biliares, no la he visto jamás.

Oclusión.—Prescindiendo de considerar la *obstrucción intestinal* en el embarazo y parto, pues en éste puede resolverse al terminar la expulsión; pero casi siempre se observa en primíparas de alguna edad y de pelvis estrechas, donde la compresión al comenzar el encajamiento ya origina un éxtasis intestinal que molesta á la embarazada, y que, acentuándose más y más, da los síntomas de la oclusión.

El fleo paralítico ó reflejo nos ocupará poco, pues ya hemos hablado de él, aunque sea como síntoma, en los demás síndromes agudos estudiados con alguna mayor detención; sin embargo, se presenta con caracteres graves, como en la pleuresía diafragmática, traumatismos del abdomen y columna vertebral, y por ende de medula, hematomas y tumores intrarraquídeos y mal de Pott. Frecuentemente, después de operaciones abdominales, entre otras causas, por el dolor que inmoviliza la pared suturada y la falta de tono de los músculos; todas las crisis viscerales, en la anuria, uremia, histeria, etc.

Es la oclusión mecánica la que nos interesa como síndrome agudo.

Invaginación, vólvulo, compresiones de intestino por tumores, bridas de todas clases, divertículos; las obstrucciones por cálculo gigante biliar, ó concreciones fecaloideas y toda clase de cuerpos extraños que provocan catástrofes, ó con afortunadas y espontáneas resoluciones; algunas con ribetes de sainete.

El dolor es de aparición brusca á las pocas horas de comer ó con independencia de la ingestión de alimentos. Abru- ma más al enfermo si no ha tenido estreñimiento ni crisis

semejantes con anterioridad, acompañado primero de hipo, que desaparece cuando se presentan los vómitos y se abomba el vientre primero en un lado y luego en su totalidad; al principio espontáneamente se expulsan gases y excrementos; pero cuando hay oclusión, es siempre la porción inferior al sitio de la constricción la que se vacía. Si pudiéramos asistir al comienzo del dolor, casi siempre diagnosticaríamos el sitio de la oclusión, pues luego va al ombligo y se esparce por el abdomen, mientras hay reflejos y movimientos peristálticos por luchar con el obstáculo. No hay lesión que tanto angustie á un enfermo, ni le desfigure, ni que le dé una sensación de muerte próxima como ésta. Muchas veces se prolonga por la intempestiva administración de remedios que infaliblemente son expulsados cuando aumenta la intoxicación por estercoremia, que con la algidez llevan á la muerte.

El vómito es de alimentos primero, luego bilioso y fecaloide después. La dilatación intestinal comienza por el asa próxima superior al obstáculo (signo de von Vahl), y produce asimetría abdominal (Duval); timpánica al principio; al cabo de algún tiempo, y si la porción de intestino excluida es muy grande, puede haber derrame en las partes declives, análogo al que hay en el saco de la hernia estrangulada. Tiende á la algidez en el último período. Pulso rápido y poco tenso, que se empeora por la intoxicación, por el rechazamiento del diafragma y del corazón. Poca orina, y nada si la intoxicación es extrema. Las contracciones en los miembros, manifestaciones de tetania, se presentan alguna vez como en los estenosados de píloro con emanación y muy intoxicados. Yo he visto un eritema intenso en una oclusión por hemorroides estranguladas, que desapareció en cuanto se regularizó la función intestinal. Lo importante para el diagnóstico es la persistencia de los síntomas, aunque pretendamos diagnosticar el sitio y la causa.

Pudiera decirse de un modo general que si en el recto no tocamos obstáculo, no hay inconveniente en intervenir si la persistencia de la oclusión no cede al lavado de estómago, qué al menos alivia, y en algunos casos al lavado eléctrico. El pasado del enfermo puede inducirnos á pensar en la naturaleza y sitio del obstáculo. En la oclusión crónica el enfermo acusa el dolor siempre en el mismo sitio donde termina constantemente la onda peristáltica, y donde se percibe el ruido característico de gorgoteo cuando el contenido franquea el obstáculo. Estos enfermos que acaban por tener una oclusión completa, suministran buenas y precisas indicaciones del sitio. Los vómitos en las oclusiones altas son muy precoces, abundantes y fecaloideos; menos frecuentes y tardíos en las bajas. La indicanuria precoz es signo de oclusión y más pronunciada en los obstáculos del colon.

Si achacamos la oclusión á la posibilidad de un divertículo de Meckel, casi siempre coincidirá con alguna anomalía de desarrollo, labio leporino, dedos supernumerarios, etc. La situación de un divertículo inflamado puede ser próxima á la válvula ileocecal, pero puede estar en cualquier porción del íleon y da síntomas parecidos á los de una apendicitis.

Inflamado ó no, puede producir oclusión, si, como pasa muchas veces, termina en un cordón que se inserta en el ombligo y lleva vasos procedentes del pedículo enfalomesentérico, cordón que forma un puente que comprime asas ó tira fuertemente de la que se inserta.

Los pólipos del intestino de pedículo largo son los encargados de reducir el calibre del intestino, pero con mayor facilidad producen la intususcepción, iniciándose en la porción más baja de la en que están colocados, y sobre cuyo cuerpo ó pedículo, después de pasado aquél, se verifica un espesamiento de las fibras circulares; al pasar el pólipo tira

de la pared donde se inserta y la desliza también. Es raro que los fenómenos de oclusión entonces sean bruscos; ha habido crisis y estreñimiento crónico.

Todos los otros tumores de intestino dan fenómenos semejantes (que se parecen mucho á los de la oclusión crónica, que un día se hace aguda) en las compresiones extraintestinales; si el enfermo no ha tenido antes, con los antecedentes de astricción, hemorragias. Los quistes gaseosos del intestino por la peritonitis que se acompaña y formación de bridas que ocluyen, así como las peritonitis tuberculosas, dan el cuadro de la oclusión en un período avanzado.

El vólvulo, las sigmoiditis y los tumores del intestino grueso y recto, sobre todo en su primera porción; pues casi siempre se establece poco á poco, aunque acaba por ser completa. La pericolicitis llega á producir espesamientos enormes en las paredes intestinales cuando origina la oclusión; en vientre de personas delgadas si no hay gran contractura, se hace palpable un tumor que descansa en fosa ilíaca y se prolonga, más ó menos, hacia hipocondrio ó pelvis. No es extraño ver coexistente, ó posterior á este estado de oclusión, la formación del absceso.

En una ú otra forma, convencidos de que no se restablece el curso de las materias fecales y los gases, se plantea el problema de intervención. Siempre es tiempo para procurar que el enfermo sea operado con esperanza de éxito, pero siempre que no esté álgido, agotado por la intoxicación, con pulso incontable, abatido y maltrecho por insomnio y el vómito que tanto deprime. El problema no sólo es llegar á tiempo para dar salida á gases y contenido de las asas situadas por encima del obstáculo, sino hacer lo posible por restablecer el curso de las materias, la luz intestinal, y á menos que el enfermo esté muy agotado, ó sea un cáncer del colon ó recto lo que provoque la oclusión, con prisa, hacer ano artificial; nuestra tendencia ha de ser á hacer una operación completa.

(Continuará.)

Bibliografía. (1)

GUÍA PRÁCTICA DEL MÉDICO EN LOS ACCIDENTES DEL TRABAJO.— SUS CONSECUENCIAS MÉDICAS Y JUDICIALES, por E. Forgue, profesor de Clínica quirúrgica de la Facultad de Montpellier, cirujano del Hospital Saint Eloi, y E. Jeanbrau, profesor de Clínica urológica de la Facultad de Montpellier, cirujano del Hospital general.— Cuarta edición refundida, con la colaboración de O. Crouzon, médico de la Salpêtrière. Un volumen en 8.º, 884 páginas. En francés. Masson et Cie., París, 40 francos.

He aquí la cuarta edición de un libro publicado con el fin de proporcionar á los médicos una guía eminentemente práctica para su labor, cada día de mayor delicadeza y responsabilidad en el problema de los accidentes del trabajo.

En presencia de un caso de este orden, el médico no deberá limitarse al examen desde el punto de vista del diagnóstico de las lesiones y de su tratamiento.

El punto de vista del pronóstico debe adquirir un interés dominante en su juicio. Deberán ser estudiadas las consecuencias posibles del accidente, justipreciando los trastornos funcionales consecutivos y fijando su exacta gravedad; controlando la sinceridad de sus manifestaciones subjetivas de modo que sea posible establecer con el máximo de precisión y equidad la invalidez derivante y la tasa de la indemnización.

Este nuevo deber impuesto á los médicos, por la legislación sobre accidentes del trabajo, contribuye á elevar aún más el papel social de la práctica profesional convirtiendo

(1) Sólo haremos el estudio crítico de las obras que nos sean remitidos dos ejemplares.

al médico en intérprete y consejero de la ley. Pero esta misión no puede llenarse debidamente sin el conocimiento profundo de las consecuencias médico-quirúrgicas de los accidentes y sin una comprensión neta del alcance de los principios y disposiciones de las leyes.

El libro de Forgue y Jeanbrau es precisamente una guía práctica del médico en este aspecto de sus intervenciones.

Cuenta en esta nueva edición con la aportación hecha por Crouzon de cuanto ha venido á reformar los conocimientos neurológicos como consecuencia de los estudios hechos durante la gran guerra y años sucesivos.

La obra está dividida en cinco capítulos comprensivos, el primero, del *Papel del médico en el momento del accidente*; el segundo, de las *Consecuencias médicoquirúrgicas del accidente*; el tercero, de las *Consecuencias jurídicas del accidente*; el cuarto, de la *Evaluación de las incapacidades*, y el quinto, de los *Honorarios profesionales del médico*.

Contiene, además, interesante reproducción de los textos legales franceses y de veinte informes de peritos, elegidos por los autores entre la literatura acumulada por la práctica. Tiene, además, una tabla analítica y un índice alfabético detallado que permiten el manejo de la obra para su consulta con la rapidez y facilidad de un diccionario.

F. J. C.

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Acción de los extractos pancreáticos (insulina) en la coagulación de la sangre, por Jean La Barre.

Las principales teorías modernas de la coagulación de la sangre reconocen la intervención en este proceso de tres sustancias fundamentales, á saber: una sustancia humoral termolábil (serozyma), una sustancia celular termoestable (citozima), y el fibrinógeno. La sustancia humoral se halla contenida en el plasma circulante bajo la forma de proserozyma, la cual es preciso que se transforme en serozyma para que la sangre pueda coagularse. Después de la coagulación, se encuentra en el suero la porción de serozyma no empleada en el proceso. La transformación de la proserozyma en serozyma tiene lugar por una acción catalítica de contacto, que se efectúa rápidamente en un vaso de vidrio, mientras que se halla impedida ó considerablemente retardada en un vaso parafinado.

La sustancia celular ó citozima de Bordet y Delange proviene especialmente de las plaquetas, hallándose además contenida en otros muchos elementos celulares, como los leucocitos. Esta citozima está constituida especialmente por un fosfátido especial: la citozimina que contiene todo su ázoe en un estado aminado (como la cefalina) y presenta los mismos caracteres de solubilidad que las lecitinas. La citozimina está frecuentemente acompañada de lecitina y otros productos que, sin ser indispensables en el proceso de la coagulación de la sangre, favorecen su acción á dosis apropiadas.

Cuando en un punto cualquiera del organismo se produce una brecha muscular y vascular, la proserozyma de la sangre circulante se transforma en serozyma activa, al contacto de los labios de la herida, al mismo tiempo que la citozima es puesta en libertad. La aparición de la serozyma activa y la liberación de la citozima constituyen el primer estadio del proceso de la coagulación.

En el segundo estadio, la serozyma y la citozima que constituyen los elementos degeneradores de la trombina, reac-

cionan entre sí á favor del contacto y en presencia de las sales de calcio para dar nacimiento á la trombina. Para terminar, en un postrer estadio, esta trombina neoformada se une con el fibrinógeno, segregado por el hígado, para constituir la fina red de trabéculas de fibrina que, organizándose, dan lugar al paso de la forma líquida á la forma sólida y á la gelificación del coágulo.

El autor, además de esto, hace notar la presencia constante en la sangre de unas sustancias anticoagulantes llamadas antitrombinas porque tienen la propiedad de neutralizar la trombina paralizando su acción y preservando así á la sangre de la coagulación intravascular. Una vez admitido este mecanismo como regulador del proceso de la coagulación sanguínea, se comprende perfectamente la utilidad y la conveniencia de estudiar la acción de las distintas sustancias anticoagulantes (hirudina, colina, etc.), sobre cada una de las tres fases expuestas, para lo cual se han ideado diversas técnicas; dando la preferencia los autores en sus investigaciones á la técnica de Gratia.

En lo que se refiere á la insulina, dos son las variedades empleadas corrientemente en terapéutica: 1.º, la insulina no purificada preparada según el método de Chabanier y que contiene colina, colessterina, ázoe (bajo la forma de amoníaco ó de ácidos aminados) y sales; 2.º, la insulina purificada extraída según la técnica de Banting y Collip ó según la de Doisy, Somegyl y Shaffer.

Las experiencias llevadas á cabo por el autor tienen por objeto comparar los efectos de estas dos especies de extractos pancreáticos sobre la coagulación en cada una de sus tres fases. De tales ensayos parece deducirse en resumen, que las insulinas impuras determinan *in vitro* retardos y aun detenciones en la formación del coágulo, en tanto que las insulinas cuidadosamente purificadas no provocan ningún trastorno en el mecanismo habitual de la coagulación de la sangre: ni en la transformación de la proserozyma en serozyma (primera fase), ni en la reacción serozyma-citozima (segunda fase), ni en la acción de la trombina resultante de esta reacción (tercera fase).

También ha quedado demostrado *in vivo* que las insulinas impuras pueden acarrear á dosis relativamente débiles retardos notables en la sucesión de los fenómenos que regulan la coagulación de la sangre.

Esta acción es debida verosíblemente á la cantidad de colina que contienen, pues una cantidad de extracto alcohólico de páncreas equivalente á dos unidades clínicas, encierra, según el autor, 20 miligramos de colina, lo que corresponde á 80 miligramos aproximadamente para una dosis habitual de insulina, ó sea, diez unidades.

Con sólo recordar que bastan 2 $\frac{1}{2}$ miligramos de clorhidrato de colina para impedir completamente la reacción serozyma-citozima, y que es suficiente $\frac{1}{2}$ miligramo para retardar la transformación de la proserozyma en serozyma, se comprende fácilmente que la presencia de una cantidad tan notable de colina ó cuerpos análogos en los extractos pancreáticos impuros pueda ser la causa de los trastornos señalados.

Para evitarlos, el autor propone una purificación secundaria que él añade al método de Chabanier, mediante la cual ha conseguido eliminar más del 85 por 100 de la materia sólida inactiva que existía en la insulina no purificada. Esta modificación no ejerce apenas influencia sobre los efectos antidiabéticos del producto, puesto que las pérdidas que ocasiona la purificación quedan compensadas desde el momento en que, con ella, se la priva á la insulina de ciertos principios hiperglicémicos que contrarrestaban hasta cierto punto su conocida acción hipoglicémica. En efecto, la inyec-

ción al conejo por vía intrayugular del residuo que queda de la purificación de la insulina, hace elevar la glicemia, en estado normal, de 1,30 á 1,98. Por otra parte, Lepine había demostrado que la inyección intravenosa de colina en el perro puede dar lugar á una hiperglicemia de corta duración.

El interés de estos estudios reside en el hecho de que numerosos médicos preconizan en la actualidad la administración de la insulina antes de las operaciones quirúrgicas. (*Journal de Medicine*, de Bordeaux, núm. 13, 10 de Julio de 1924).—T. R. Y.

2. Sobre el tratamiento de la parálisis general por la inoculación de la malaria terciaria, por el Dr. A. Ley, de Bruselas.—Entre los muy numerosos y variados tratamientos ensayados para modificar el estado humoral de los paralíticos generales y para hacerles más sensibles á la terapéutica específica, parece ser que el que ha resultado hasta ahora más eficaz es la inoculación de la malaria; con el cual se ha conseguido poner en condiciones de reemprender su vida profesional normal, por espacio de varios años no interrumpidos, al 40 por 100 de los enfermos tratados. La única malaria que debe emplearse es la de la terciaria (*plasmodium vivax*).

El método no puede ser más sencillo: se extraen de la vena del malárico, fuera del momento de la hipertermia, aproximadamente 10 c. c. de sangre, que se inyectan bajo la piel del paralítico general. A las pocas horas suele presentarse un pequeño acceso, debido sin duda á la reacción contra la albúmina extraña, y unos diez días después sobrevienen los accesos característicos de la calentura terciaria. Una vez que el enfermo haya sufrido diez accesos con temperatura superior á 39°, se procede á yugular la fiebre, lo que se consigue fácilmente de ordinario administrando un gramo de sulfato de quinina en dos tomas. A continuación se comienza el tratamiento por el arsénio ó por el neoarsenobenzol. La triparsamida, nuevo producto del Instituto Rockefeller, parece ser que se ha manifestado, después de la malarización, superior á los arsenobenzenos.

Se ha preguntado si no habría peligro para la salud pública en introducir en un país un germen de infección; pero en la práctica este peligro es nulo.

En cambio, la posibilidad de curación de la parálisis general plantea serios problemas médico-legales, pues ya no será posible basarse en su incurabilidad para aconsejar ciertas medidas, como, por ejemplo, el divorcio de los alienados. (*Les Journées Médicales de Bruxelles*, 29 y 30 de Junio y 1 y 2 de Julio de 1924).—T. R. Y.

ENDOCRINOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Asma é hipertiroidismo. Tratamiento por la radioterapia de la glándula tiroides, por F. Widal y P. Abrami.—Los distintos fenómenos de shock observados en clínica, ya se trate de accidentes de anafilaxia propiamente dicha, ya se trate de síndromes independientes de toda sensibilización, no aparecen indiferentemente sobre cualquier sujeto, sino que requieren, como condición indispensable, un terreno orgánico y humoral particular. Parece ser que uno de los factores más susceptibles de crear esa predisposición especial para la anafilaxia espontánea y para los shocks idiosincrásicos es el funcionamiento defectuoso de las glándulas de secreción interna y, principalmente, de las glándulas tiroides.

En efecto, la observación demuestra que tanto el hipotiroidismo llevado al máximo, que es lo que constituye el mixedema, como el hipertiroidismo del tipo más puro, ó sea

la enfermedad de Basedow, son capaces de provocar accesos de asma absolutamente característicos.

A este respecto recuerdan los autores un caso, del que ya dieron cuenta hace algún tiempo, el cual se refería á una asmática sensibilizada para las rosas y con síntomas claros de mixedema. Administrando ó dejando de administrar á esta enferma la opoterapia tiroidea, consiguieron suprimir ó provocar á voluntad los accesos de asma y los trastornos del mixedema; al mismo tiempo resultaba curioso ver alternar los resultados negativos y positivos de la cutirreacción.

Ahora refieren asimismo otras cuatro observaciones, tan demostrativas como la anterior, que ponen en evidencia de un modo indudable las relaciones del asma, no ya con el hipotiroidismo, sino con el hipertiroidismo, pues se trata de cuatro mujeres que venían sufriendo accesos de asma frecuentes y rebeldes á los tratamientos habituales, y que presentaban al mismo tiempo síntomas manifiestos de la enfermedad de Basedow. La radioterapia de la glándula tiroides ha conseguido en estas cuatro enfermas suprimir los accesos de asma y hacer desaparecer el síndrome de Basedow.

Ni la observación ni las cutirreacciones repetidas y variadas han logrado poner de manifiesto en estas enfermas ninguna influencia específica que pueda ser invocada como causa provocadora de las crisis de asma, las cuales aparecían independientemente de toda alimentación y respiración. Solamente las reglas guardaban cierta relación con los accesos. Se trataba, pues, de accidentes de shock espontáneo, independientes de toda sensibilización, pero que desde el punto de vista sintomático en nada se diferenciaban de los ataques de asma dependientes de la anafilaxia, teniendo la misma evolución que éstos y los mismos estigmas sanguíneos, sin faltar la eosinofilia característica.

Los notables efectos de la radioterapia tiroidea sobre estas enfermas parecen demostrar que, sin el bocio exoftálmico, no hubiesen estallado en ellas probablemente los accesos de asma, lo cual es una nueva prueba de la influencia capital que debe atribuirse al terreno endocrinario sobre los fenómenos de shock.

Esto, que la clínica ha sido la primera en revelar, acaba de ser puesto en evidencia experimentalmente por Garrelon y Santenoise, quienes han demostrado que «en la producción del shock peptónico, el tono neumogástrico parece intervenir por intermedio de una secreción tiroidea, dependiente en cierto modo de una acción excitosecretoria de origen vago».

Sin embargo, no resulta tan fácil definir por qué mecanismo los trastornos endocrinianos llegan á crear un terreno propicio á los fenómenos de shock, tanto espontáneo como anafiláctico, pues, en primer lugar, ya hemos visto que dos estados endocrinianos tan diametralmente opuestos como el hiperfuncionalismo y el hipofuncionalismo de la tiroides, son capaces de provocar un mismo síndrome, que es el asma; por otra parte, resulta evidente que el trastorno glandular no basta por sí solo para suscitar la explosión de los fenómenos de shock. Se supone que esto tiene lugar por intermedio de un desequilibrio del aparato nervioso vegetativo, provocado y sostenido por el disfuncionamiento endocrinario; admitiendo Garrelon y Santenoise que todo fenómeno de shock se halla condicionado por un estado de hipervagotonía previa.

Esta hipótesis serviría perfectamente para explicar los casos de asma expuestos por los autores (máxime habiendo sido ya señalada por Lian la frecuencia de la hipertonía del vago en los asmáticos) si el mal funcionamiento de la tiroides condujese siempre á un estado de hipervagotonía, pero

no sirve en modo alguno para explicar la aparición del asma en el curso de un síndrome tal como la enfermedad de Basedow, que reproduce de un modo casi experimental el cuadro de la excitación del simpático. En efecto, dos de las enfermas observadas por los autores reaccionaban como simpaticotónicas ante todas las pruebas preconizadas para estudiar el tono organovegetativo, y es más, una de ellas, al cabo de tres meses de curada de su asma y de su enfermedad de Basedow, seguía siendo simpaticotónica con reacciones oculocardíacas y farmacodinámicas idénticas a las que presentaba durante su enfermedad.

Actualmente es, pues, imposible analizar con precisión el proceso de esa inestabilidad tan curiosa que coloca a ciertos sujetos afectados de trastornos endocrinianos en inminencia de reaccionar por medio de fenómenos de shock, ante influencias á veces insignificantes, y aun de sensibilizarse para tales ó cuales antígenos. Pero, sea de ello lo que quiera, los resultados sorprendentes obtenidos en estos casos con la radioterapia y en el anterior con la opoterapia, muestran bien á las claras la gran importancia que ha de tener en todos los accidentes de shock espontáneo ó anafiláctico, el buscar la posible existencia de un trastorno endocrinario que, tratado convenientemente, traerá como consecuencia la curación simultánea de éste y de aquél. (*La Presse Medicale*, núm. 44. París, 31 de Mayo de 1924.)—T. R. Y.

UROLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento de las infecciones urinarias no gonocócicas**, por Ch. Perrier.—Dejando á un lado las infecciones que requieren intervenciones operatorias (abscesos perinefríticos, pielonefritis graves, abscesos prostáticos, etcétera, etc.), queda un cierto número de cistitis, acompañadas ó no de infección renal, que pueden curar con posibilidad por el simple tratamiento médico. La primera indicación es el reposo en cama. Después combatir los trastornos digestivos. Régimen lactovegetariano. Tisanas diuréticas. Nada de alcalinos, que exponen á alcalinizar las orinas y á activar las fermentaciones urinarias. No son aconsejables los purgantes, que pueden aumentar la virulencia del contenido intestinal: se administrarán los laxantes y entre ellos de preferencia el aceite de parafina á la dosis de una cucharada de las de sopa, bien llena, por la mañana. Las semillas de lino y las semillas de zaragatona pueden ser utilizadas en las comidas á la dosis de una cucharada de las de sopa en medio vaso de agua. Si existe tenesmo vesical ó dolor es, las lavativas laudanizadas (XV gotas en cuarto de lavativa) ó los supositorios calmantes hechos con 2 centigramos del extracto de opio y del de belladona, producirán una sedación inmediata.

La uroformina (dos comprimidos de 0,50) obra como desinfectante en medio ácido; razón de más para no administrar alcalinos que se oponen á su acción.

Los desinfectantes intestinales: salol, benzonaftol y salacetol son irritantes para el estómago, por lo que vale más abstenerse de su empleo.

El colargol por la vía estomacal carece de acción eficaz.

Los lavados vesicales resultan útiles cuando los trastornos con dolores se prolongan, no obstante el reposo en cama y el régimen alimenticio severo. Lavados con nitrato de plata (1/1000), protargol (1/000) cada dos ó tres días, ú oxiciamuro (1/3000).

Los lavados de la pelvis renal resultan bastante bien en las pielitis, y, en particular, en las pielitis del embarazo.

La vacunoterapia (un millón de gérmenes por centímetro

cúbico) conviene, sobre todo en las formas recientes. Se comienza por $1\frac{1}{4}$ de c. c. para llegar progresivamente á 1 c. c. El autor ha llegado hasta 4 y 5 c. c. por inyección. Nada de reacción local ni general. Una inyección cada cuatro ó cinco días, y ocho á diez inyecciones en total. La vacunoterapia es un adyuvante precioso, pero no dispensa el empleo de los otros métodos de tratamiento. (*Revue Medic. Suisse Romande*, Mayo, 1924.)—T. R. Y.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El arco corneal en los jóvenes; contribución al estudio de la hipercolesterinemia y de los depósitos de lipoides**, por E. Joël.—La naturaleza química de la alteración que constituye el gerontoxon ó arco corneal senil no ha sido esclarecida con certidumbre hasta una época relativamente reciente. His y Virchow la opinaron que era una degeneración grasosa. Fusch, más tarde, la calificó de degeneración hialina con infiltración calcárea. Takayasu, que emprendió el estudio de la cuestión por medio de las reacciones microquímicas, de nuevo opinó en favor de la naturaleza grasosa de la lesión. En 1911, las investigaciones hechas casi simultáneamente por Kawamura, por una parte, y por Pedro María y G. Laroche, por otra, permitieron precisar la naturaleza química de las granulaciones que constituyen el gerontoxon, demostrando que están formadas por éteres de colesteroína.

En vista de las relaciones establecidas entre la hipercolesterinemia fisiológica de los viejos y el depósito de colesteroína en las paredes de la aorta y en la córnea, Joël se preguntó si la aparición del arco senil precoz ó de los sujetos jóvenes no estaría también ligado á una hipercolesterinemia.

Y en efecto; estudiando, en diez casos de este género, la proporción de colesteroína en la sangre, Joël comprobó la existencia de una colesteroíemia más ó menos acentuada.

No existe, pues, diferencia esencial entre el arco senil y el juvenil, así por lo que á su patogenia se refiere como por lo referente á su aspecto.

El arco juvenil indica, por lo tanto, perturbaciones en el equilibrio de los lipoides. Pero no tiene esta significación más que en los casos en que la opalescencia se presenta revisiendo su forma característica en los dos ojos. Cuando la alteración aparece en un ojo solo, es simplemente indicio de un proceso local de degeneración, de origen no hematógeno. (*De Klinische Wochenschrift*, Cheinisse; *La Presse Medicale*, 29 de Marzo de 1924.)—PELÁEZ.

SIFILIOGRAFIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Observaciones sobre la influencia de los rayos X sobre la sífilis experimental del conejo**, por G. S. Graham, W. M. Baldwin y W. K. Grigg.—En este trabajo demuestran los autores que una sola exposición á los rayos X antes de la inoculación no afecta al período de incubación ni al curso subsiguiente de la sífilis experimental del conejo. Exposiciones repetidas de conejos á los rayos X durante el período de incubación de la sífilis experimental parecen retardar el desarrollo de lesiones anatómicas y retrasar correlativamente el desarrollo de las propiedades fijadoras del suero sanguíneo. Con algunas reservas, puede emplearse la reacción de Wassermann en el estudio de la sífilis del conejo como indicador valioso de la presencia de la enfermedad y como testigo de la actividad de los espiroquetes en los tejidos. (*The Journ. of Med. Research*, núm. 193, Junio 1924.)—E. LUENGO.



SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por *Diego Carlán*.— Francos Rodríguez, por el Dr. *Martín Salazar*.— En el Sanatorio de la Fuenfría, por el Dr. *Marín Amat*.— El profesor *Arce*.— Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por *Sedisa*.— Sección oficial: Gobernación. — Montepío facultativo. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Nuevas solemnidades.—Disturbios en una Facultad.

El domingo 16 de Noviembre ha señalado en Madrid una nueva fecha de verdadero fasto para el prestigio nacional. La Real Academia Española recibió en este día al miembro honorario de la de Medicina Excmo. Sr. D. José Francos Rodríguez, ex ministro de Instrucción Pública y de Gracia y Justicia, literato insigne y presidente de la Asociación de la Prensa.

El amplio y elegante salón de actos públicos de la docta casa se hallaba repleto de concurrencia distinguida en que además de elegantes y bellas damas figuraban los hombres más notables de la Política y de las Letras. El aspecto de la sala era brillante como en pocas ocasiones lo ha sido. La mesa presidencial estaba formada por el Sr. Maura, el patriarca de las Indias, el obispo de Madrid-Alcalá, el capitán general Sr. Weyler, el presidente de la Academia de Ciencias y rector de la Universidad señor Carracido y el secretario de la Academia Sr. Cotarelo.

Los escaños del estrado se hallaban ocupados por la casi totalidad de los académicos numerarios de la Española y por muchos miembros de las demás Academias, y entre el público figuraban ex ministros, ex presidentes del Consejo y los representantes más conocidos de la prensa diaria.

Leyó el Sr. Francos un primoroso discurso, verdadero canto ensalzador de la prensa periódica, que fué interrumpido con frecuentes aplausos y seguido en su lectura por una calurosa ovación.

Contestó á nombre de la Institución el numerario de la misma y presidente de la de Medicina Sr. Cortezo, quien fué también extraordinariamente felicitado por su discurso, leído magistralmente por D. Serafín Álvarez Quintero, por serle materialmente imposible hacerlo á su autor.

El momento en que, después de recibida la simbólica medalla por el Sr. Francos, se abrazaron entre los aplausos de todos el antiguo maestro y el discípulo, fué verdaderamente conmovedor.

Insistimos en llamar la atención, siquiera no lo

creamos necesario, acerca de la significación que estos hechos tienen para el enaltecimiento y la valoración social de nuestra clase inteligente, laboriosa y modesta, que se ve personalizada en hombres que por su propio esfuerzo y al elevarse en la consideración social, elevan también el concepto de la clase de donde proceden.

En la Real Academia Nacional de Medicina tuvo lugar el martes último otro acto, que puede calificarse de importancia análoga á la del anterior, y fué éste el de la conferencia dada por el rector de la Universidad de Buenos Aires, Sr. Arce.

Aunque vayan siendo repetidos los casos en que ilustres profesores extranjeros eleven la importancia de aquella tribuna con la aportación de sus trabajos científicos y docentes, la conferencia del señor Arce tenía, entre otras, excepcional valía. Ya sus predecesores procedentes del mismo país, en este año y en los anteriores, han demostrado bien a las claras la justicia con que la ciencia médica argentina está hoy considerada como igual, cuando menos, á la de los países más cultos; pero la sesión del martes tenía una significación especial, no sólo dada por la representación oficial del rector de la Universidad de Buenos Aires, sino también por ser aquella solemnidad pública, la que cierra el ciclo de las cordiales y amistosas que han venido sucediéndose con motivo de la colaboración de los médicos suramericanos en el último Congreso de Sevilla.

La conferencia del Sr. Arce y del acto de recibir en público el diploma de académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina, vino á ser como el broche de una serie de actos fraternales que no creemos sean olvidados por nadie y que han de influir de modo fundamental y positivo en el progreso de la Ciencia de habla española.

El salón de la Academia estaba concurrido, como en pocas ocasiones, lo mismo por los miembros numerarios y correspondientes, que por bellas y elegantes damas, y por los médicos más distinguidos de Madrid.

De la conferencia del Sr. Arce, quien fué presentado previas elocuentes frases por el Sr. Marañón, daremos cumplida cuenta en número inmediato.

De intento no hemos querido reproducir ni comentar los lamentables acontecimientos de que han dado cuenta los diarios políticos de Barcelona y Madrid, ocurridos en la Facultad y Academia de Medicina de la ciudad condal.

Tenemos motivos más que sobrados para suponer que la causa de estos disturbios son otros y menos patrióticos que aquellos de índole científica y profesional, que debían inspirar todos los actos del claustro de profesores de una Facultad de la importancia de la de Barcelona.

DECIO CARLAN

FRANCOS RODRIGUEZ⁽¹⁾

Pocos hombres han alcanzado como periodistas la reputación literaria de Francos Rodríguez. Por algo está al frente de la Asociación de la Prensa, y desempeña en la defensa de los intereses y prerrogativas de ésta el más alto papel. Empero, al juzgar la personalidad literaria de Francos Rodríguez, que por sus méritos propios le han sido abiertas solemnemente las puertas de la Real Academia de la Lengua, no puede prescindirse de considerarle en un sentido, por decirlo así, integral; es decir, en la plenitud y complejidad de su *psiquis*, que tiene muchas y muy variadas facetas, á más de las puramente literarias, y de las cuales resulta el espléndido conjunto espiritual de su persona.

La solidez de su cuerpo, el desarrollo sobrado de su organización, que le dá trazas de luchador romano, el equilibrio de facultades físicas que se armonizan con la ponderación de sus cualidades morales, hacen de Francos un tipo antropológico superior, que se revela espiritualmente por la armonía de aptitudes psíquicas, que se hallan desarrolladas en forma de las más altas dotes humanas.

No puede decirse que sea una figura original de esas que según frase vulgar terminan en punta, ni es preciso que así sea, para aparecer de relieve entre las más selectas. Yo recuerdo á este propósito, que el gran pensador D. José de Letamendi, mi gran amigo y maestro, cuando alguna vez tratábamos de estas cosas, me decía con cierto gracejo, muy natural en él: *Desengáñese usted, que el verdadero talento es redondo como una bola de billar*. Pues bien, yo creo que el talento de Francos Rodríguez, y sea dicho en su honor, es, según decía el Dr. Letamendi, redondo como una bola de billar. De ahí su buen sentido, su justo razonar, su delicado gusto estético, su moral irreproachable, sus numerosos amigos y admiradores, su éxito, en fin, en la vida.

Y si se analiza bien cuál es la circunstancia que más ha contribuido á dar á Francos la esplendidez y equilibrio espiritual que en él tanto admiramos, yo me atreveré á decir, aunque alguien quizás me tilde de parcial y apasionado de mi propia profesión, que es á la condición de ser médico, aunque no ejerza prácticamente la Medicina, ni se haya de-

dicado nunca á su explotación. ¿Y, cómo se explica que el estudio de la Medicina contribuya á una mayor cultura intelectual, aplicable á cosas que no se relacionan con la Medicina misma? Pues se explica, por el más perfecto conocimiento que dicha ciencia proporciona sobre la naturaleza humana; cuyo conocimiento es preciso poseer para abundar bien en toda materia que se relacione con el hombre mismo. Con efecto; es ilógico pensar, como piensan muchos, que disciplinas tan humanas como son la sociología, la política, la literatura, el periodismo, el derecho, etc., no requieren como preparación intelectual previa el conocimiento de la antropología normal, cuando menos, ya que no también la patología; y por eso resulta absurdo é incomprensible que haya tantas gentes que se dedican al cultivo de aquellas profesiones intelectuales, singularmente al periodismo, sin la menor noción científica de la naturaleza física del hombre. Este es un error tradicional, arcaico, nacido del concepto antiguo, equivocado, de la *psiquis* humana, no considerada como función fisiológica del cerebro, y sí sólo como una entelequia espiritual sin relación alguna con la materia. Pero desde el momento que el sentir, el pensar y el querer, sin entrar ahora en la esencia pura de su propia naturaleza, que eso se queda para ser explorado y definido por la metafísica ó por la religión, dignas de todo respeto, requieren como condición indispensable, las funciones nerviosas de nuestro cuerpo, claro está que el conocimiento fisiológico y patológico de esas funciones, que sólo proporciona la enseñanza de la Medicina, tiene que ensanchar precisamente el horizonte de nuestro saber en todas aquellas cosas que tienen por objeto el estudio del hombre, así individual como colectivo.

En síntesis: lo más saliente de la personalidad de Francos Rodríguez es, como hemos dicho, su ponderación espiritual. Eso es lo que le hace aparecer ante las gentes como más digno de respeto, admiración y simpatía. Habrá alguien, acaso, que le supere en alguna condición aislada; pero hay pocos que le aventajen en el consensu de facultades, en lo inteligente, lo justo y lo bueno, que es lo que constituye lo más selecto de la esencia del espíritu. Con esto le basta para ser un hombre superior, y para que le rindamos nosotros en nombre de la clase médica muy gustosos el homenaje que le es debido con motivo de su ingreso en la Real Academia Española.

DR. MARTÍN SALAZAR.

EN EL SANATORIO DE LA FUENFRIA

Conferencia del Dr. Egaña.

El domingo día 16 del actual dió una conferencia en el Sanatorio de la Fuenfria (Cercadilla) el Dr. Egaña, director de este establecimiento, á la que había invitado al Profesorado de San Carlos, á las Revistas médicas de Madrid, á distinguidos médicos y á los alumnos del Doctorado y del sexto año de Medicina.

El viaje se efectuó en automóviles, que salieron de Madrid á las diez de la mañana para llegar al Sanatorio á la hora de la conferencia, doce en punto.

En el salón se encontraban los catedráticos de Operaciones, Vías urinarias, Terapéutica, Pediatría y algunos de Odontología, Dres. Jiménez, Peña, Hernando, Suñer, Subirana y Mayoral, respectivamente, gran número de médicos, cuyos nombres omitimos por temor de olvidar alguno, y de estudiantes de la Licenciatura y del Doctorado.

El Dr. Egaña comienza su conferencia, que está dedicada á los estudiantes, con una cordial salutación á la selecta

(1) Tomado del álbum que la clase médica española dedica al Sr. Francos Rodríguez por iniciativa del Dr. Fernández Alcalde.

y numerosa concurrencia que ha acudido á su invitación, y la titula «Tratamiento sanatorial de la tuberculosis pulmonar».

Dice que estando él enfermo de tuberculosis pulmonar en el Sanatorio de Schweizerhof (Suiza), estudió con verdadero entusiasmo esta cuestión, y comprendió la urgente necesidad de crear un Sanatorio de esta naturaleza en la magnífica Sierra de Guadarrama, siendo éste el motivo de la construcción del grandioso Sanatorio de la Fuenfría.

Recuerda que en el reciente Congreso de Medicina de Sevilla, Sección de Pecho, se llegó á la conclusión de que por hoy no existe medicación específica profiláctica ni curativa contra la tuberculosis pulmonar, así como á reconocer la eficacia del tratamiento higiénico-dietético ayudado de la climoterapia.

A continuación habla de lo que es la inmunidad para las distintas infecciones, haciendo ver que esta inmunidad completa y absoluta para algunas infecciones como las fiebres eruptivas, la tifoidea, etc., es muy escasa y relativa para otras como la tuberculosis pulmonar, en la que la inmunidad natural tiene su mayor garantía en los preceptos de la Higiene.

Después detalla las condiciones que debe reunir el tratamiento higiénico-dietético, que son: 1.º, que sea escrupuloso; 2.º, en adecuadas condiciones de clima, y 3.º, que se acuda pronto. Su trípode lo constituye el aire, la alimentación y el reposo.

La cura de aire consiste en que el enfermo esté siempre al aire libre, de día y de noche; y explicó el conjunto de cosas que son necesarias para practicarla bien, como son las chaises-longues, los sacos de abrigo, las galerías, etc., etc.

El régimen dietético lo establece teniendo en cuenta: 1.º, la temperatura; 2.º, el pulso, y 3.º, el estado general del enfermo, variando su dosificación para cada individuo. La alimentación que en el Sanatorio se da es abundante, heterogénea, variada y excelente.

La cura de reposo la comienza sometiendo al enfermo al reposo absoluto en cama hasta que se verifica la desintoxicación del organismo y después cuando no hay fiebre comienza por levantarlos primero una hora, después dos, tres, etcétera. Dice que no se debe vacilar en tenerlos en cama meses enteros, si es preciso, y al aire puro, y así se obtiene la curación. Solamente en las lesiones traqueo-bronquiales puede no ser preciso el exagerar este régimen, por lo largas que son estas lesiones con su persistente temperatura. Hay otras formas como las fibrosas crónicas en sujetos nerviosos que contraindican el reposo absoluto y prolongado. El reposo y el aire puro harán bajar la temperatura desintoxicando al organismo; no suscribiendo el criterio de algunos autores que suelen levantar á los enfermos con fiebre, en las horas de apirexia, por creer que de este modo se prolonga considerablemente la enfermedad.

La segunda condición, después del reposo y aire puro, la constituye el clima de altura. Con certeza no se sabe si su acción bienhechora es debida solamente á los rayos violetas ó al conjunto de rayos solares, pero lo cierto es que su acción favorable es innegable, obrando por sus acciones múltiples de disminución de la presión barométrica, disminución de la humedad, aumento de la radioactividad, del potencial eléctrico, etc., etc., y aumentando los cambios nutritivos, favoreciendo el ejercicio y produciendo verdaderas y rápidas transformaciones en estado fisiológico. Y en los enfermos se observan, á las pocas semanas, un cambio radical: la temperatura disminuye, aumentan las fuerzas, renace el apetito y se abren las puertas á la esperanza. En el 90 por 100 de los casos se observan estos beneficiosos

resultados. El clima de altura ofrece cierta especificidad, á no dudarlo, pues á pesar de estar siempre muchos enfermos al aire puro y con reposo absoluto, no baja la temperatura y cita varias observaciones: 1.ª, enfermo de Barcelona que estuvo muchos meses en reposo y al aire libre y no desapareció nunca la fiebre, desapareciendo en el Sanatorio de la Fuenfría al poco tiempo; 2.ª, otro enfermo (de Santander), con los mismos síntomas y tratamiento y en el Sanatorio desapareció la fiebre y la expectoración sanguinolenta á los dos meses, y 3.ª, el de un muchacho de Valladolid, con infartos ganglionares que llevaba tres meses con fiebre y en la Fuenfría desapareció á los ocho días y repentinamente, de 40º á la normal; al igual que en un proceso neumónico.

La 3.ª condición es la de acudir con el máximo de premura, porque ocurre de ordinario que en el seno de las familias no se habla de tuberculosis hasta que las lesiones están en tercer período, en el cual no puede obtenerse ningún beneficio, y recomienda la conveniencia de educar la sociedad en este sentido al objeto de evitar estos errores.

Los resultados por él obtenidos con el tratamiento sanatorial han sido: en los casos benignos, el 90 por 100 de curaciones; en los de mediana intensidad, del 50 al 60 por 100, y en los graves, del 6 al 8 por 100, con mejorías del 30 al 40 por 100.

Con respecto á la radiografía, dice que tiene una importancia diagnóstica extraordinaria y recomienda el no hacer juicios clínicos sin antes ver una radiografía, y cita los siguientes casos muy demostrativos (con radiografías), en los que por auscultación no se observaba nada, y en cambio, en las radiografías se comprobaban grandísimas lesiones.

Las radiografías seriadas dice que son de gran utilidad porque se ven perfectamente los efectos del tratamiento y muestra en primer lugar tres radiografías de un enfermo en las que en once meses se observó la curación completa, con desaparición de los bacilos de Koch, de las fibras elásticas, fiebre, etc.; después el caso de una pleuroneumonía (tres radiografías), en las que se ve se ha efectuado una reabsorción completa del proceso en dos meses, y por último, varias otras también muy significativas, entre ellas, dos casos de desaparición de cavernas. El primero con 38º,5 de temperatura, fibras elásticas, bacilos de Koch, etc., con una enorme caverna en el vértice derecho, y de Octubre á Enero se vió la caverna deformarse y achicarse, y en Mayo se efectuó la desaparición total de la misma, de las fibras, del bacilo de Koch, fiebre, etc. El segundo caso es de una caverna de todo el vértice izquierdo, en el que desde Agosto á Octubre se redujo considerablemente, en Enero estaba muy achicada, que casi no se veía en la radiografía, y actualmente ha desaparecido por completo.

Después del tratamiento higiénico-dietético el *pneumotórax*, dice, es el recurso más eficaz en la tuberculosis pulmonar. Es verdaderamente colaborador del higiénico-dietético y no interviene sino á título mecánico, yugulando el proceso é impidiendo que las toxinas del foco pulmonar lleguen al torrente circulatorio. El pneumotórax pone en contacto las paredes de la caverna y facilita su cicatrización. Claro es que el tratamiento higiénico-dietético es siempre el fundamental. El pneumotórax, añade, cura clínicamente de un modo teatral la tuberculosis. El tratamiento por el pneumotórax recomienda se haga solamente cuando fracasa el higiénico-dietético, excepción hecha en ciertas formas agudas de los jóvenes, por ejemplo, en las neumonías agudas, en las que se debe empezar por él para que no se generalice la tuberculosis.

He aquí la técnica que el Dr. Egafía emplea en el pneumotórax: colocado el enfermo en decúbito lateral, y después

de preparar la región, se procede á la anestesia local introduciendo la aguja de la jeringuilla normalmente en la piel, de manera que se deposite la solución de cocaína-adrenalina en las proximidades de la pleura parietal, sin interesar ésta y por el trayecto mismo que fraguó la aguja se introduce la aguja de Kormann ó de Saugmann en una profundidad que no llegue á la fascia endotorácica. Desde este momento se va avanzando la aguja milímetro á milímetro, explorando con el estilete, en cada avance de la aguja, la naturaleza de los tejidos y reconociendo siempre el estilete después de cada exploración para ver si existe en él el menor vestigio de sangre. Esta circunstancia obliga á suspender la operación y á elegir otro sitio. Una mano medianamente experta, dice, percibe generalmente cuándo se atraviesa la fascia y cuándo la pleura parietal. Si además de esto se vé que el manómetro acusa una presión negativa y sus amplias oscilaciones, según el ritmo respiratorio, se está seguro de encontrarse en el espacio interpleural. Sólo en este caso se está autorizado á dejar entrar el gas por la propia aspiración de la presión negativa interpleural. Se sigue inyectando oxígeno y después nitrógeno, hasta completar la cantidad que se desea.

Esta cantidad varía según la amplitud del pneumotórax y según las dimensiones del tórax. La cantidad del primer día oscila entre 500 y 700 c. c.

En la segunda punción se inyecta nitrógeno, pero con las mismas precauciones que en la primera, y cuando ya existe un pneumotórax de alguna amplitud, se siguen haciendo las punciones ulteriores entrando directamente en la cavidad del pneumotórax, sin previa anestesia.

Así van distanciándose las punciones hasta hacerlas cada diez, doce ó quince días, según el efecto que se quiera obtener y según la velocidad de absorción del gas.

Nunca, agrega, debe hacerse una punción de pneumotórax, sin que vaya precedida y frecuentemente seguida de una radiografía.

Los resultados que ha obtenido con el pneumotórax han sido favorables en 60 á 70 por 100, en conjunto; resultado que se puede calificar de extraordinario, dice, porque son casos que están destinados á sucumbir, ya que la primera indicación del pneumotórax se desprende de la ineficacia del tratamiento higiénico-dietético en tales casos. En cambio, cuando no ha podido realizar el pneumotórax por adherencias, los resultados funestos han alcanzado el 85 por 100.

Y como conclusión dijo que el pneumotórax es un tratamiento al que se puede recurrir en los casos graves en los que el tratamiento higiénico, dietético y climatológico no da resultado, á condición evidentemente de una relativa unilateralidad y localización del proceso en el pulmón; que es un remedio heroico y que como tal tiene sus riesgos y sus complicaciones. Su aspiración, manifiesta, es la de curar sus enfermos, si es posible, sin esta intervención, pero proponiéndolo siempre en los casos que estén destinados á sucumbir, porque posiblemente deberán á ella su salvación.

El Dr. Egafía fué muy felicitado por su interesante discurso.

Después de la conferencia se sirvió un espléndido banquete, y en seguida se pasó á visitar el establecimiento, en el que pudimos admirar las magníficas instalaciones de sala de reconocimiento y de operaciones, rayos X, laboratorio y servicios de desinfección que posee este Sanatorio, reputado, y con verdadera justicia, como el mejor de Europa, lo que nos debe honrar como españoles; pues en él se han sabido compaginar las insuperables ventajas del clima, con una confortable, higiénica y admirable instalación en sus

múltiples detalles, que son dignos de verse, tanto en lo referente á la parte médica como á la de hotelaría.

Son dignos de especial mención el aparato para lavar y esterilizar la vajilla, por medio de agua y jabón hirviendo, primero, y después, por vapor de agua; el aparato para lavar y esterilizar el cristal y cubiertos, bandejas, etc., por medio del vapor de agua; el motor Diesel, de 65 caballos, que da luz y energía al ascensor, al aparato de rayos X, etc.; las mesas de aire caliente de la cocina; el departamento para preparar la leche; la panadería; la cámara frigorífica; el aparato para la fabricación del hielo; el lavadero donde se lava y esteriliza la ropa, y el aparato de planchado mecánico, etc., etc. Además, en cada piso existen aparatos apropiados de desinfección de todo el menaje del establecimiento que complementan la escrupulosa esterilización que allí se efectúa. No se puede dar, ni aun teóricamente, mayores garantías.

La limpieza más exquisita, á la vez que una escrupulosa desinfección y esterilización de todo, así como una instalación espléndida, son la nota dominante en aquel soberbio edificio donde reina, no la tristeza, sino la alegría y la esperanza en todos los corazones.

El Dr. Egafía, alma máter de esta incomparable Fundación, ha tenido un especial cuidado de rodearse de todo género de garantías y de llevar á su lado á notables especialistas, como los Dres. Arrínaga y Moreno, que previamente hicieron su preparación en Suiza, al objeto de secundar la meritisima labor del Dr. Egafía, que evidentemente son una gloria para nuestra profesión y para nuestra Patria.

Y en los cien empleados de aquel Establecimiento, para atender á un número igual de enfermos, no puede darse ni mayor idoneidad, ni más cariño y entusiasmo en el desempeño de su cometido, como puede observarse, sea cualquiera el día y hora en que se visite el Sanatorio.

Al Dr. Egafía y á los Dres. Arrínaga y Moreno que le secundan en su misión, y cuya cortesía y atenciones para con los invitados fueron exquisitas, expresamos desde estas páginas nuestra más cumplida felicitación y enhorabuena.

DR. MARÍN AMAT

EL PROFESOR ARCE

Al presentar al público de la Real Academia Nacional de Medicina á este eminente maestro, el Dr. Marañón pronunció el siguiente discurso:

Cumplo, señores, profundamente complacido, el encargo de saludar en nombre de nuestra Corporación al rector de la Universidad de Buenos Aires. Nada quiero decir deliberadamente de su historia científica y quirúrgica, porque es notoria entre nosotros, tanto como entre sus mismos compatriotas; y en estos días nos llegan las noticias de cómo ha sido también sancionada en el Tribunal Supremo de las Universidades francesas.

Tampoco he de hablar del tema de que va á ocuparse esta noche, del tratamiento operatorio de la angina de pecho, porque sobre ser un asunto cuyo conocimiento ha llegado hasta los estratos no médicos del público culto, me falta á mí toda autoridad para tomar una posición en el problema. Y, sin duda, nuestro presidente, al designar á quien como yo está alejado de las disciplinas quirúrgicas, para llevar la voz de la Academia en este acto, precisamente ha pretendido el quitar á mis palabras todo carácter de presentación oficial y de inventario del bagaje científico de nuestro insigne huésped.

Conviene, por otra parte, á la disposición de mi espíritu

el trocar, en este saludo, la larga enumeración de unos méritos profesionales y sociales por un simple gesto de caloroso y cordial afecto. En los breves días de convivencia con el Dr. Arce, hemos contrastado, efectivamente, con la realidad (y con ventaja para él), la fama de gran médico, de gran operador y de maestro eminente que le precedía. Pero hemos sabido, además, que es un hombre inteligente y bueno y que bajo su toga de rector hay un estudiante, en pleno dinamismo, abierto á todas las curiosidades y á todos los entusiasmos.

Si es un deseo de fraternidad el que impulsa á estos hombres desde América hasta nosotros, y el que ha llevado y llevará á muchos de los nuestros hasta la Gran República; si ese deseo nos reúne á todos aquí en estos momentos, debemos confesar que somos fervorosos creyentes, en la eficacia que tienen para su realización, más aún que la densidad científica pura de los 'embajadores, esas otras cualidades meramente humanas que hacemos resaltar, sin menoscabo de sus merecimientos culturales, en nuestro huésped de ahora. La historia es lo bastante vieja para que nadie pueda dudar que, en la vida de los pueblos, pesan más que los frutos de las organizaciones más perfectas los esfuerzos solitarios de algunos hombres llenos del entusiasmo y de la generosidad que vemos nosotros en el maestro argentino y que queremos que él vea también, más que ninguna otra cosa, en nosotros mismos.

La raza común, la lengua común, son cosas importantes. Pero yo no quiero invocarlas ahora, ni las invoco nunca que hablo de América. El lazo familiar impuesto y heredado, es mucho menos fuerte que el que crea voluntariamente la afinidad de las aspiraciones y de los sentimientos y se perpetúa con la amistad. Por eso, yo que me siento incómodo en los Congresos y en las Ligas, saludo con toda mi efusión al Dr. Arce, en el recinto á la vez recogido y abierto de esta Academia, que sabe marchar al impulso de la juventud, sin perder el continente grave de su espíritu tradicional. Saludo en él y en nombre de todos, al médico ilustre y al representante de una gran Universidad amiga; pero sobre todo al hombre inteligente, que ha buscado la verdad en todas partes, y con el que nos une, por encima de la sangre y del idioma, la comunión en el mismo deseo de progreso y en una idéntica inquietud universal.

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

En pasados días tuvo lugar la votación de Junta directiva en la ASOCIACIÓN DEL CUERPO FACULTATIVO DE LA BENEFICENCIA MUNICIPAL DE MADRID, que así quedó constituida:

Presidente, D. Francisco Carmona Carrión; *vicepresidente*, D. Carlos Blanco Soler; *secretario*, D. Luis López García; *vicesecretario*, D. Rafael Fernández Carril; *contador*, D. Manuel Rey; *tesorero*, D. José Terceño, y *vocales*, D. Manuel Vázquez, D. Pío Arias Carvajal, D. Ventura Sanz y D. Fernando Mateo.

El lunes 11 celebró la solemne sesión de apertura del curso la ACADEMIA MEDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA, en aquel acto presidida por el Serenísimo señor Infante y doctor D. Luis Fernando de Baviera, á cuyos lados tomaron asiento el presidente de la Sociedad Dr. D. Pedro Cifuentes y el secretario general de la misma Dr. Sanchis Banús.

Rebosante el estrado de académicos, y entre ellos los que á su carácter de tales aunan el de miembros de la Real

Academia Nacional de Medicina, Sres. Rodríguez Pinilla, Valle Aldabalde, Fernández Sanz, Márquez, Hernando, Tapia, Stocker, Blanc, y no recordamos si alguno más; la doctora Soriano, Franco y muchos otros de distintas asociaciones profesionales que á ser citados harían la lista interminable; y los escaños pletóricos de público distinguido. El Sr. Sanchis Banús procedió á la lectura de secretaría, no por parca menos razonada y expresiva.

El Sr. Cifuentes en verdadero alarde de erudición, que bien subrayada deja su reconocida competencia en la especialidad que cultiva, leyó el discurso en que, con el epígrafe «El período post-operatorio en Cirugía urinaria», pasó revista á cuanto con él se relaciona.

Imposibilitados de reseñar y comentar con la minuciosidad debida todos y cada uno de los aspectos en que subdividió y estudió el abstruso problema urinario, habremos de limitarnos á consignar los asuntos que consideró de más importancia.

«Trastornos ocasionados por la anestesia, anuria y uremia, infección general, hemorragias post-operatorias, infección local post-operatoria, retención y desagüe, cicatrización defectuosa, trastornos post-operatorios de vejiga y mortalidad en cirugía...», tales fueron los temas en cuya exposición y desenvolvimiento una vez más puso de manifiesto la pulcra corrección y atildamiento que constituyen sus características.

Unas frases de gratitud y enaltecimiento á la vocación, humanitarismo y aptitudes que distinguen al egregio Príncipe que presidía, dieron fin al discurso, que como el del señor Sanchis Banús, fué muy aplaudido y celebrado por la concurrencia.

Se procede á la apertura de sobres para la adjudicación de premios, resultando agraciados: Con el del Dr. Rodríguez Abaytúa el señalado con el lema «Estudio serológico de la avariosis nerviosa», de que es autor el distinguido farmacéutico, por otros conceptos laureado D. José Mouriz; y declarado desierto el de la Academia por el que se conceden menciones honoríficas á los autores de las Memorias «Por cada óbito por fiebre tifoidea que la depuración hídrica suprime, se evitan al mismo tiempo dos ó tres defunciones debidas á otras causas morbosas» y «Las hepatitis esclerosas», que recayeron en D. Fidel Fernández Martínez, de Granada, y D. Casimiro Camino, de Utrera.

A todos nuestro parabién.

El Dr. Infante D. Luis Fernando lee, y es en pie escuchado con ostensible simpatía, unas cuartillas, en que después de encomiar la importante labor por la Academia y la clase médica española en general aportada al progreso de la Ciencia, muestra su gratitud por las consideraciones de que se le hace objeto y á que dice queda altamente obligado y reconocido. Declaró, por fin, abierto el curso académico, y efusiva y cariñosamente fué aplaudido y acompañado al terminar su discurso y retirarse.

No pudo celebrar el miércoles 12 su anunciada sesión la SOCIEDAD GINECOLÓGICA, por la falta de número de que oímos lamentarse á los Sres. Botella, Haro, Macau y otros cinco más, á quienes con mucha razón pareció ridículo exhibirse en tan exigua proporción.

El jueves 13 afluó á la SOCIEDAD DE PEDIATRÍA un numeroso y distinguido concurso de profesionales, ávidos de escuchar la autorizada palabra del ilustre y justamente reputado paidópata rector de la Universidad de Barcelo-

na, Dr. Martínez Vargas, que á su cargo tuvo una conferencia, en siete cuartos de hora desenvuelta con gran beneplácito de todos, á propósito de la «Neumonía infantil» que para su estudio subdividió en neumonía fibrinosa, hace tiempo magistralmente descrita, dada á conocer y tratada por el Dr. Espina en su clínica; neumonía franca ordinaria y neumonía intersticial, tantas veces confundida con la pleuresía de que claramente se distingue por la desviación del corazón.

Enumera los factores microbiano, edad, grado de energía y enfermedades que la producen, fijándose muy principalmente en la edad que tanto influye en la rapidez de su evolución por la actividad de la circulación en los primeros años de la vida.

Cita entre las enfermedades preparatorias, á la gripe, tos ferina, sarampión, difteria, caquexia, tuberculosis, forunculosis, sífilis, etc.

Hace un detenido estudio del pulmón en distintos períodos y modalidades patológicas afectos, que para su mejor comprensión ilustra con proyecciones.

Se ocupa de los síntomas señalando, entre ellos, la tos, disnea y fiebre á que considera constantes y calificando el *ejém* espiratorio como inconfundible.

Con máxima competencia pasa revista á las complicaciones y se detiene en señalar las características de las más frecuentes.

Con clara diaphanía expone los motivos en que funda el diagnóstico que por deducción y exclusión deja sólidamente establecido; concluyendo por hacer patente al doctor Arquellada y cuantos le escuchan el gusto con que recibió y atendió su requerimiento y la complacencia de verse rodeado de tantos y tan cariñosos amigos.

El Dr. Martínez Vargas que, como siempre, puso de relieve al lado de su quintaesenciada competencia, su verbosidad inimitables, fué por todos á la terminación de su discurso calurosamente aplaudido y felicitado, y agasajado más tarde por los íntimos con un banquete en el Casino de Madrid.

..

El viernes 14 se exhibió por primera vez en este curso la SOCIEDAD DERMATOLÓGICA Y SIFILIOGRÁFICA presidida por el Dr. Sánchez Covisa (D. José).

Presenta el Sr. García Casal á un adulto de cincuenta y nueve años, casado, que afecto de ulceraciones en la inmediación de la uña de un dedo de la mano derecha se propagó á los demás, ofreciendo el aspecto y modalidad clínica que invitaba á observar y que él, después de previas investigaciones, había calificado de *Jermitis*.

El Sr. Sáinz de Aja recuerda un caso de *perionixis* de gran parecido con el presente y expresa la conveniencia de conocer la profesión del paciente porque en ella puede encontrarse la causa que interrumpida la modifique, agregando que la tintura de yodo es en estos casos de gran eficacia. El Sr. García Casal rectifica haciendo notar que empleó la tintura de yodo sin fruto.

Hace comparecer el Sr. Sáinz de Aja á un individuo con lesiones de tendencia circinada en la cara, cuya duración excede de treinta meses, en que observó la particularidad de que al terminar la aplicación de nueve inyecciones de neosalvarsán á título de prueba, se presentaron dos nuevas lesiones en las proximidades de la comisura labial del lado izquierdo.

El Sr. Portilla da cuenta de un caso por él, y creemos que por el Sr. Daudet observado, de difícil diagnóstico por no presentar en toda su integridad los caracteres propios de la

seborrea, liquen, psoriasis, lupus eritematoso, sífilis que hubiera obedecido al tratamiento específico, etc., con todas las cuales tiene no obstante algún parecido; y acerca de él emitan su opinión los compañeros con el fin de aclarar y puntualizar bien el diagnóstico. El Sr. Sánchez Covisa teniendo en cuenta el aspecto y condiciones del caso, considera á este como un liquen anular, y aconseja no omitir en los casos dudosos la biopsia. Agradece el Sr. Portilla la intervención, rechaza la idea del liquen con el que á su juicio no concuerda y promete seguir el consejo de no omitir la biopsia.

El Sr. Sáinz de Aja presenta un psoriásico con enormes y múltiples placas modificadas por las inyecciones intravenosas de salicilato de sosa con descamación á ellas limitada; y otro hereditario en quien como en otros muchos casos se ha desprendido un incisivo.

El Sr. Sánchez Covisa cita varios casos de enfermitos en quienes se presentó una *piodermitis* del pene, con ulceraciones de bordes irregulares, de tamaño de una moneda de diez céntimos, linfangitis dorsal y nódulo sobre el borde del frenillo que al ser apretado segregaba pus saturado de estafilococos que curaron, no revelando carácter venéreo y quedando en el misterio su naturaleza.

El Sr. Barrio de Medina da á conocer unas cuantas experiencias en que ha comprobado los efectos del Niketól como anestésico local con resultados muy satisfactorios; y el señor Sáinz de Aja dice que no se generaliza el uso de este preparado por su gran carestía y el mucho tiempo que tardan en manifestarse sus efectos. El Sr. Barrio de Medina rectifica y se levanta la sesión.

SEDISAL

Sección oficial.

GOBERNACIÓN

Dirección general de Sanidad.

En cumplimiento de lo dispuesto en Real orden de 6 de Octubre último, se convoca á concurso-oposición para proveer las plazas de director médico, un jefe de Clínica y dos médicos internos de guardia, primero y segundo, del Hospital del Rey, de Madrid, dotadas, respectivamente, con 8.000, 6.000 y 5.000 pesetas.

Los aspirantes que reúnan las condiciones que se señalan en el Reglamento que se inserta á continuación, presentarán sus instancias, debidamente documentadas, en esta Dirección general, en el plazo de veinte días, á contar de la fecha de la publicación de la presente en la *Gaceta de Madrid*, abonando 50 pesetas por derechos de inscripción.

Los ejercicios comenzarán transcurridos cuarenta y cinco días después de la publicación de esta circular.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 15 de Noviembre de 1924.—El director general, F. Murillo.

Reglamento que ha de regir el concurso oposición para proveer las plazas de director jefe de Clínica y médicos internos de guardia del Hospital del Rey.

Artículo 1.º Los aspirantes habrán de reunir las siguientes condiciones:

- a) Ser español ó estar naturalizado en España.
- b) Tener aptitud física suficiente para el desempeño del cargo.
- c) Ser doctor ó licenciado en Medicina.

d) No encontrarse sujeto á procedimiento judicial ni haber sido expulsado de ningún Cuerpo del Estado.

Art. 2.º El día anterior al del comienzo de los ejercicios, y que será fijado previo anuncio del Tribunal, se efectuará un sorteo público de todos los aspirantes, quienes actuarán por el orden que del mismo resulte.

Art. 3.º No se admitirán más faltas á la comparecencia que las producidas por enfermedad, y esto solamente para los ejercicios teóricos. El aspirante que en dicho ejercicio no se presente al llamamiento del Tribunal y no haya justificado previamente su falta de comparecencia con la oportuna certificación facultativa, quedará excluido del concurso-oposición, como igualmente el opositor que dejase de presentarse en segunda vuelta, sea cualquiera la causa que lo motive.

En el ejercicio práctico no se admitirá excusa alguna, quedando excluido el aspirante, sea cualquiera el motivo de su falta de comparecencia.

Art. 4.º Los ejercicios del concurso-oposición serán tres: dos teóricos y uno práctico. Al final de cada uno de los dos primeros ejercicios, el Tribunal señalará los aspirantes que considere aptos para pasar al siguiente.

Art. 5.º El primer ejercicio de oposición consistirá en la exposición oral, por cada opositor, durante un espacio de tiempo no mayor de una hora, de tres temas sacados á la suerte; uno de exploración clínica y dos de procedimientos de laboratorio aplicados al diagnóstico de las enfermedades infecciosas.

Art. 6.º En el segundo ejercicio, también oral, dispondrán los aspirantes de igual plazo máximo de una hora para desarrollar tres temas sacados á la suerte y correspondientes á la parte del programa dedicada á las infecciones.

Art. 7.º Los ejercicios teóricos se ajustarán á las siguientes reglas:

1.º Constituido el Tribunal en el día y hora señalados, se dispondrá el número de bombos necesarios, introduciendo en cada uno de ellos tantas bolas numeradas como preguntas tenga el programa correspondiente.

2.º Cada aspirante sacará, en su turno, el número de bolas que á cada ejercicio corresponda.

3.º Las bolas ó preguntas que cada día salgan en suerte, no volverán á entrar en suerte hasta el día siguiente.

4.º El Tribunal no hará observación alguna al opositor que actúe. Sólo el presidente podrá, si lo cree pertinente, indicar el tiempo que va invertido en la exposición de los temas y llamar la atención cuando el opositor esté fuera de la pregunta que le haya correspondido.

Art. 8.º El tercer ejercicio consistirá en la resolución práctica de un problema clínico que guarde relación con el diagnóstico, profilaxis y tratamiento de las enfermedades infecciosas. La práctica de este ejercicio se ajustará á las reglas siguientes:

a) Los aspirantes actuarán por grupos de tres, con objeto de que puedan constituir trincas entre ellos.

En caso de no llegar al tercer ejercicio número divisible por tres, el Tribunal distribuirá los opositores sobrantes en la forma que considere más conveniente para la práctica del ejercicio.

b) Constituido el Tribunal en el local previamente señalado, sorteará entre los aspirantes de cada grupo los enfermos designados de antemano por aquél.

c) Señalado el enfermo á cada aspirante, procederá á su examen y dispondrá de un plazo máximo de cuarenta y ocho horas para las prácticas de exploración é investigación que crea oportunas. Durante este plazo y en las horas de trabajo, tendrá á su disposición cuantos medios de explora-

ción y diagnóstico considere necesarios, siempre dentro de la posibilidad del establecimiento.

d) Transcurrido el plazo de cuarenta y ocho horas, el Tribunal designará la fecha y día en que cada aspirante haya de exponer oralmente, y en un plazo no mayor de una hora, la historia clínica del enfermo que le haya correspondido, con las conclusiones pronósticas, terapéuticas y de profilaxis individual y general que se deriven del caso. Los contrincantes dispondrán de quince minutos como máximo cada uno para hacer las observaciones que consideren pertinentes, á las que podrá contestar el actuante en otro plazo igual de quince minutos.

Art. 9.º Además del resultado de los ejercicios de oposición, el Tribunal tendrá en cuenta, para la calificación definitiva, los méritos, servicios y antecelentes profesionales de cada aspirante, considerándose por orden de preferencia los siguientes:

a) Haber dirigido personalmente campañas sanitarias en focos epidemiados.

b) Servicios prestados en hospitales ó departamentos destinados á enfermos infecciosos.

c) Asistencia á cursos especiales para el estudio de enfermedades infecciosas en clínicas de España ó del extranjero.

d) Publicaciones relacionadas con el diagnóstico, epidemiología y tratamiento de las enfermedades infecciosas.

El Tribunal podrá, además, realizar cuantas investigaciones considere oportunas acerca de la conducta profesional y moral de los aspirantes.

Art. 10. El Tribunal, una vez terminados los ejercicios y analizado el resultado de éstos, así como los méritos y condiciones de los aspirantes, formulará ante esta Dirección propuesta unipersonal para cada una de las plazas convocadas.

Si á juicio del Tribunal debiera quedar sin proveer alguna de las plazas, lo hará constar así en propuesta, especificando la ó las que hayan de quedar desiertas.

Art. 11. La Dirección general de Sanidad elevará el expediente al ministro ó subsecretario encargado del despacho del Departamento de Gobernación, para que se sirva nombrar á los aspirantes propuestos por el Tribunal, cuyo fallo será inapelable.

PROGRAMA DE LOS EJERCICIOS A QUE SE REFIERE LA PRESENTE CONVOCATORIA

I

EXPLORACIÓN CLÍNICA

1. Examen funcional del estómago é intestinos.
2. Examen funcional del hígado.
3. Examen funcional del páncreas.
4. Examen anatómico del corazón y grandes vasos.
5. Examen funcional del corazón. Potencia, ritmo, tensión.
6. Examen anatómico y funcional de los vasos, incluso de los capilares.
7. Examen anatómico del aparato respiratorio.
8. Examen funcional físico del aparato respiratorio.
9. Examen funcional químico del aparato respiratorio.
10. Examen anatómico macroscópico y especialmente microscópico del riñón, en cuanto al diagnóstico de las nefropatías médicas.
11. Examen funcional del riñón: pruebas de dilución y concentración.
12. Examen funcional del riñón: pruebas de la suficiencia renal específica ó sea para la eliminación del nitrógeno.

13. Manera de apreciar las perturbaciones de sensibilidad general y especial principales (anestesia, parestesia, hiperestesia, anosmia, hiperosmia, acusia, hiperacusia, ageusia é hiperegestesia, hiperestesia retiniana, hemianopsia y ceguera).

14. Modo de apreciar las perturbaciones motoras principales (parálisis, hipertonicidad y contracturas, convulsiones y temblores, incoordinación ó ataxia).

15. Modo de apreciar las perturbaciones psíquicas principales (delirio, coma, letargia, agnosia, apraxia, amnesia).

16. Modo de apreciar las perturbaciones principales del lenguaje (dislalia, disartria y afasia).

17. Manera de apreciar el estado anatómico de los centros nerviosos mediante la punción lumbar y el examen del fondo del ojo.

18. Examen anatómico del sistema óseo y muscular en cuanto á su participación en las infecciones.

19. Examen funcional de las articulaciones en cuanto á su participación en las infecciones.

20. Examen de la densidad, reacción, viscosidad y coagulabilidad de la sangre.

21. Examen de la dilución de los albuminoides en el suero y de la sedimentación de los glóbulos sanguíneos.

22. Examen del metabolismo fundamental ó básico por el método de corta duración.

23. Valores normales del metabolismo fundamental en función de la edad, sexo y superficie corporal.—Modo de determinar esta última.

24. Examen y consignación gráfica del estado térmico y sus conexos (pulso, respiración, secreción urinaria y peso) como manifestación de una infección general.

25. La capilaroscopia en los exantemas infecciosos.

II

INVESTIGACIONES DE LABORATORIO APLICADAS A LA CLÍNICA

1. Examen físico-químico de la sangre en las enfermedades infecciosas.—Importancia é interpretación de sus resultados.

2. Técnicas empleadas en el examen citológico de la sangre.—Recuento de elementos celulares.—Examen en fresco y de preparaciones teñidas.—La fórmula leucocítica y su significación.

3. Síndromes hemáticos en las enfermedades infecciosas y parasitarias. Su valor diagnóstico y pronóstico.

4. Técnicas para el examen directo, en preparaciones fijadas y métodos de concentración utilizados en la investigación de los protozoos parásitos de la sangre.

5. Métodos de cultivo de los protozoos parásitos.—Metazoos parásitos de la sangre.—Su investigación diagnóstica.

6. Aislamiento de gérmenes en sangre.—Consideraciones generales.—Técnicas é interpretación de los hemocultivos.

7. Investigación de protozoos en las heces.—Examen directo en fresco y previa coloración.—Métodos de concentración.—Diagnóstico diferencial.

8. Investigación de huevos de metazoos en las heces.—Métodos y diferenciación diagnóstica.

9. Metazoos adultos en las heces.—Caracteres morfológicos que permiten su diagnóstico específico.

10. Transmisión experimental de enfermedades infecciosas y parasitarias y su técnica.—Utilización de los animales transmisores ó sensibles á las infecciones para el diagnóstico de éstas.

11. Diagnóstico microscópico de los espiroquetas, treponemas y leptospiras.

12. Reacción de aglutinación.—Técnica.—Su valor en el diagnóstico de las enfermedades infecciosas.

13. Fijación de complemento.—Consideraciones generales.—Técnica.—Utilidad de esta reacción en el diagnóstico de enfermedades infecciosas.

14. Serodiagnóstico de la sífilis.—Reacción de Bordet-Wassermann.—Técnica de la reacción y sus principales modificaciones.—Su interpretación clínica y valor diagnóstico.

15. Las reacciones de precipitación en el diagnóstico de la sífilis.—Técnica.—Valor diagnóstico.

16. Serodiagnóstico de la equinocosis.—Reacción de fijación de complemento.—Técnica.—Interpretación y valor diagnóstico.—Reacción de precipitación.—Reacción de la meiotagmina.

17. Serodiagnóstico de la tuberculosis.—Reacciones de aglutinación, precipitación y fijación de complemento.—Técnica y valor de cada una de ellas.

18. Examen físico-químico y citológico del líquido cefalorraquídeo.—Su valor, diagnóstico y pronóstico en las enfermedades infecciosas.—Técnica.

19. Examen bacteriológico y parasitológico del líquido cefalorraquídeo.—Su importancia desde el punto de vista diagnóstico, pronóstico y de tratamiento.

20. Reacciones coloidales más importantes efectuadas con el líquido cefalorraquídeo.—Técnica.—Valor.—Diagnóstico de las mismas.

21. Derrames patológicos de las serosas.—Su examen químico-citológico y bacteriológico.—Importancia diagnóstica y pronóstica de cada uno de ellos.

22. Análisis citológico y bacteriológico de exudados de las mucosas.—Técnica.—Su valor diagnóstico y profiláctico.

23. Análisis de esputos.—Examen citológico y bacteriológico.—Valor desde los puntos de vista diagnóstico, pronóstico y epidemiológico.

24. Análisis bacteriológico de heces.—Métodos generales y especiales de investigación bacteriológica en las deposiciones.—Su valor profiláctico.

25. Análisis de orinas.—Determinación de los elementos normales y anormales más importantes de una orina.

26. Examen bacteriológico de orinas.—Consideraciones generales.—Interpretación de sus resultados.—Importancia desde el punto de vista epidemiológico.

27. Diagnóstico bacteriológico de la peste.

28. Diagnóstico bacteriológico del cólera.

29. Diagnóstico bacteriológico de la fiebre amarilla.

30. Valor del laboratorio en el diagnóstico del tífus exantemático.

31. Diagnóstico bacteriológico de las fiebres tifoparáticas.

32. Diagnóstico bacteriológico de la disentería bacilar.

33. Diagnóstico bacteriológico de la fiebre de Malta.

34. Diagnóstico bacteriológico de la difteria.

35. Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis.

36. Diagnóstico bacteriológico de las infecciones meningocócicas.

37. Diagnóstico bacteriológico de las estreptococias.

38. Diagnóstico bacteriológico de las estafilococias.

39. Diagnóstico bacteriológico de las neumococias.

40. Diagnóstico bacteriológico de las gonococias.

41. Diagnóstico bacteriológico del tétanos.—Técnica de los cultivos anaerobios.

42. Producción, caracterización y medición de las toxinas diftérica y tetánica.

43. Gripe.—Investigaciones etiológicas y juicio crítico de las mismas.

44. Diagnóstico bacteriológico de las infecciones pútridas y gangrenosas.

45. Teoría de la desinfección.—Desinfección por procedimientos físicos y especialmente por el calor.

46. Desinfección por medios químicos.—Desinfectantes, inorgánicos y orgánicos.—Desinfección por gases.

47. Valoración de los antisépticos.—Principales métodos usados.—Medios y procedimientos más recomendables para la desinfección de esputos, orina, deyecciones, pus, etcétera, aguas sucias, basura, objetos de uso de los enfermos.—Ropas, manos, uñas, piel.—Enseres y habitaciones.

48. Qué es lo que se debe desinfectar en las distintas enfermedades infecciosas.—Desinsectación y su técnica para piojos, chinches, pulgas y moscas.—Lucha contra las ratas.

49. Principios de profilaxis general (no específica) de las enfermedades infecciosas.

50. Profilaxis específica de las enfermedades infecciosas.

III

INFECCIONES

Bacteriología, epidemiología, profilaxis, clínica

1. Cólera.—Etiología, epidemiología, profilaxis.
2. Cólera.—Sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.
3. Peste.—Etiología, epidemiología, profilaxis.
4. Peste.—Sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.
5. Fiebre amarilla.—Etiología, epidemiología y profilaxis.
6. Fiebre amarilla.—Sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.
7. Viruela.—Etiología, epidemiología, profilaxis.
8. Viruela.—Sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.
9. Varicela.—Sudor miliar.—Cuarta y quinta enfermedad.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.
10. Escarlatina.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.
11. Sarampión.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.
12. Tifus exantemático.—Etiología, epidemiología, profilaxis, anatomía patológica.
13. Tifus exantemático.—Etiología, diagnóstico, tratamiento.
14. Estreptococias.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, diagnóstico, anatomía patológica, tratamiento.
15. Estafilococias.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, diagnóstico, anatomía patológica, tratamiento.
16. Pneumococias.—Etiología, epidemiología, profilaxis, anatomía patológica, diagnóstico.
17. Pneumococias.—Sintomatología, diagnóstico, tratamiento.
18. Meningococias.—Etiología, epidemiología, profilaxis.
19. Meningococias.—Sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.
20. Gonococias.—Etiología, epidemiología, profilaxis.
21. Gonococias.—Sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.
22. Fiebre de Malta.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

23. Septicemias gangrenosas.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, diagnóstico, tratamiento.

24. Fiebre tifoidea.—Etiología, epidemiología, profilaxis.

25. Fiebre tifoidea.—Sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

26. Colibacilosis.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

27. Paratífus.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, diagnóstico, tratamiento.

28. Disenteria bacilar.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

29. Coqueluche.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

30. Difteria.—Etiología, epidemiología, profilaxis.

31. Difteria.—Sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

32. Tétanos.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

33. Tuberculosis.—Etiología, epidemiología.

34. Tuberculosis.—Profilaxis, sintomatología.

35. Tuberculosis.—Anatomía, patología, diagnóstico, tratamiento.

36. Lepra.—Etiología, epidemiología, profilaxis.

37. Lepra.—Sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

38. Carbunco.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

39. Muermo.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

40. Rabia.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

41. Triquinosis.—Anquilostomiasis (etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, diagnóstico, tratamiento).

42. Gripe.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.—Dengue.

43. Encefalitis letárgica.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

44. Poliomiелitis epidémica.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

45. Sífilis.—Etiología, epidemiología, profilaxis.

46. Sífilis.—Sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

47. Espiroquetosis icterohemorrágica.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, diagnóstico, anatomía patológica, tratamiento.

48. Fiebre recurrente.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

49. Paludismo.—Etiología, epidemiología, profilaxis.

50. Paludismo.—Sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

51. Tripanosomiasis.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

52. Leishmaniasis.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

53. Disenteria amebiana.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

54. Chancro blanco.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

55. Beri beri.—Escarbuto (etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento).

56. Sarna.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

57. Tiñas (etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento).

58. Actinomicosis.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

59. Filarias.—Equinococos (etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento).

60. Tenias.—Cisticercos.—Etiología, epidemiología, profilaxis, sintomatología, anatomía patológica, diagnóstico, tratamiento.

Madrid, 15 de Noviembre de 1924.—El director general, F. Murillo. (*Gaceta* del 19 de Noviembre.)

MONTEPIÓ FACULTATIVO

SECRETARÍA GENERAL

ANUNCIO DE PENSIÓN

D. Juan Rodríguez Sierra García, médico y socio de este Montepío, solicita pensión de jubilación.

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

Madrid, 6 de Noviembre de 1924.—El secretario general, *Marín*. 3

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,8; ídem mínima, 705,2; temperatura máxima, 12°,8; ídem mínima, 0°,0; vientos dominantes, NE. N.

Se han observado en la misma proporción que en las semanas anteriores inmediatas las afecciones catarrales agudas de carácter no grave en el aparato respiratorio, principalmente las laringitis y las traqueobronquitis. Las fiebres infecciosas intestinales que señalábamos en estados anteriores parece que aumentan en número presentando en algunos casos el carácter francamente tifoideo y en los más tendencia benigna en el curso del segundo y tercer septenario.

Mortalidad de Madrid en Octubre de 1924 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Octubre de 1924.
Menores de 1 año.....	146	177
De 1 á 4 años.....	110	105
De 5 á 14.....	92	89
De 20 á 39.....	197	190
De 40 á 59.....	246	235
De 60 en adelante.....	298	329
Sin clasificación.....	2	1
TOTAL.....	1.091	1.126

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Octubre de 1924.
Fiebre tifoidea.....	20	18
Tifus exantemático.....	»	»
Viruela.....	»	13
Sarampión.....	3	1
Escarlatina.....	9	4
Coqueluche.....	1	2
Difteria.....	8	5
Gripe.....	11	5
Otras epidémicas.....	3	3
Tuberculosis pulmonar.....	127	127
Idem meníngea.....	11	21
Otras tuberculosis.....	23	21
Cancerosas.....	65	74
Meningitis.....	49	52
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	55	73
Orgánicas del corazón.....	83	70
Bronquitis aguda.....	32	22
Idem crónica.....	20	31
Pulmonía.....	24	17
Bronconeumonía y otras.....	80	80
Enteritis (menores de dos años).....	64	73
Apendicitis y tifitis.....	4	6
Hernias y obstrucciones.....	13	13
Cirrosis hepática.....	15	10
Nefritis.....	40	45
Septicemia puerperal.....	8	8
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	34	43
Senectud.....	27	34
Otras enfermedades.....	259	256
TOTAL.....	1.091	1.126

Varones.....	581
Hembras.....	545
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	35.19
Idem íd. en Octubre de 1924.....	36.32
Idem íd. en Septiembre de 1924.....	29.97

Observaciones.

Iniciase, como todos los años al aproximarse el invierno, la elevación de la curva de mortalidad. La reacción ha sido esta vez algo más fuerte que el promedio de la misma en el quinquenio anterior. Esto se ha debido á que el acrecimiento de las afecciones agudas del aparato respiratorio, no ha sido acompañado del franco descenso de las enfermedades infradiafragmáticas, especialmente en los niños, en los que han ocurrido por enteritis cinco óbitos más que en el mes precedente.

La casi totalidad de las defunciones por viruela, siguen limitadas en el mismo sector de Madrid: calle del Amparo y sus proximidades.

De heredo-sífilis han muerto en la sucursal de la Inclusa seis niños y por diversas localizaciones dos adultos en sus domicilios.

Diagnosticado de *encefalitis letárgica*, ha fallecido en la calle de Serrano, un panadero de treinta y un años, natural de Soria.

Nacieron vivos, 1.660.

LUIS LASBENNES

Crónicas.

Forensias.—Se hallan vacantes las plazas de médicos forenses y de las prisiones preventivas de Caravaca, Villanueva y Geltrú y Olot, de categoría de ascenso que deben proveerse por concurso de antigüedad, conforme á lo prevenido en el art. 8 del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

—De igual categoría, por concurso de méritos en la cate-

goría inferior y con arreglo al mismo precepto se han de proveer las vacantes de Andújar, Ceuta y San Fernando.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial correspondiente por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*. (*Gaceta* del 18 de Noviembre.)

—Para proveer con arreglo á lo dispuesto en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915 y por el turno de traslación, se hallan vacantes las forensías de Tuy (ascenso) y Pamplona y Almería (término).

—Con arreglo al Decreto de 12 de Abril se proveerá por antigüedad, la de Noya, de categoría de ascenso.

Las solicitudes en igual forma que las anteriores. (*Gaceta* del 16 de Noviembre.)

La Cruz de Alfonso XII al Dr. Arce.—La *Gaceta* del día 15 ha publicado un Real decreto concediendo la Gran Cruz de la Orden civil de Alfonso XII al rector de la Universidad de Buenos Aires, profesor D. José Arce.

La actualidad en España de la figura de este ilustre catedrático, que vino con motivo del Congreso de Medicina de Sevilla, y los relevantes méritos que ha hecho manifestos en sus conferencias en España, nos relevan de hacer una relación de los prestigios de este hombre de ciencia.

EL SIGLO MÉDICO se limita á enviarle su cordial enhorabuena.

Beca prorrogada.—Por Real orden de 9 de Octubre (*Gaceta* 16 de Noviembre) y en atención á las circunstancias que concurren en D. Samuel Aguilar Sarmiento, sábdito mejicano, se ha prorrogado por el curso actual la beca que venía disfrutando, para que se pueda dedicar á trabajos de investigación y laboratorio, de conformidad con los preceptos del art. 10 del Real decreto de 21 de Enero de 1921.

Socorros á médicos.—La Real Academia Nacional de Medicina anuncia once socorros de la Fundación del doctor Pérez de la Fanosa, para concederlos á médicos necesitados ó á sus familias.

Los solicitantes indicarán en las instancias, dirigidas á la Secretaría, la edad y el domicilio. Los médicos acompañarán copia simple del título de licenciado en Medicina y Cirugía, certificación facultativa del padecimiento que les imposibilita ejercer la profesión y cuantos documentos consideren de interés referentes á las localidades donde hayan ejercido. Las viudas ó huérfanos acompañarán á la instancia certificación de matrimonio y de defunción y copia simple del título del causante, certificación de pobreza del alcalde y cura, y si tuvieren hijos menores de catorce años, certificación de nacimiento y relación de la edad de los demás hijos que tuvieren. Podrán acompañar también aquellos documentos relativos al ejercicio de médico titular.

Las instancias se admitirán en la Secretaría, de once á una, hasta el 4 de Diciembre.

Es de advertir que los que hayan obtenido anteriormente socorros ó donativos de esta Academia por cualquier concepto, no podrán solicitarlos de nuevo.

Real Academia Nacional de Medicina.—Por acuerdo del Patronato de la Fundación San Nicolás (Rodríguez Abaytua), esta Real Academia otorgará en el presente año, y además de los premios, recompensas y socorros de dicha Fundación, oportunamente anunciados:

1.º Diez cartillas de 500 pesetas cada una para los cinco niños y cinco niñas del Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos que hubiesen sobresalido más en los exámenes de fin de curso próximo pasado.

Para este efecto, el Patronato de la referida institución remitirá á esta Real Academia los nombres de los alumnos y alumnas á quienes estime merecedores de recompensa exponiendo las condiciones sociales de cada uno y siendo condición de preferencia la mayor escasez pecuniaria de la familia. Las relaciones antedichas se remitirán á esta Academia antes del 1.º de Diciembre próximo. Las cartillas serán entregadas en la solemne sesión inaugural que celebra la Corporación en los primeros días de Enero.

2.º Tres socorros, dos de 2.000 pesetas cada uno y uno de 1.000; para médicos que acrediten situación precaria, edad avanzada ó enfermedad crónica.

Para optar á estos socorros presentarán los solicitantes en esta Academia los siguientes documentos: instancia fijando la edad y domicilio; título de licenciado en Medicina;

certificación facultativa de la enfermedad que les imposibilita ejercer la profesión; certificación del alcalde de barrio y del cura de la parroquia acreditando pobreza, y cuantos documentos oportunos se estime por los interesados. El plazo de solicitud termina el 1.º de Diciembre próximo.

Tomo III de Clínicas.—El tomo III de nuestro *Formulario Crítico. Por las Clínicas de Europa*, se está reimprimiendo. A causa de algunas modificaciones que han sido necesarias hacer, se retrasa su aparición y rogamos á los muchos solicitantes que lo piden, esperen teniendo la certeza de que á todos los que lo han solicitado se les servirá en cuanto termine la tirada que será próximamente.

Las víctimas de la Ciencia. El profesor Bergonié en grave estado.—Comunican de Bordeaux que el profesor Bergonié, cuyos estudios sobre el tratamiento del cáncer son conocidos de todo el mundo médico, se encuentra desde hace varios días en un estado de salud muy alarmante.

El Dr. Bergonié ha sufrido varias intervenciones quirúrgicas á consecuencia de accidentes de que fué víctima en sus experimentos sobre las propiedades terapéuticas del Radium.

Ha perdido el uso de los dos brazos, uno de los cuales le ha sido amputado.

El mal que sufre se desarrolla en proporciones tales, que á pesar de los cuidados de los compañeros que le rodean y le asisten, se teme tenga un fatal desenlace.

El ilustre paciente conserva todas su lucidez, y para su mayor sufrimiento, se da perfecta cuenta de la gravedad de su estado.

—Un periódico de Londres reproduce una noticia de Manutoc (Finlandia), en la que se da cuenta de que radiografiando á un enfermo han muerto electrocutados un médico de aquella población y su ayudante.

Por la infancia.—Leemos en la prensa diaria, que por iniciativa de algunas damas se proyecta la constitución de un Patronato para la niñez, en toda España.

Para sostener este Patronato se proponen medios recaudatorios de gran cuantía, que no constituyen contribución, impuesto, ni medio forzado en su devengo. Con su importe, distribuido por dicho Patronato, se podría alimentar diariamente á más de 600 madres y á sus hijos hasta la edad de comenzar la educación de éstos; se podrían sostener en la Casa de Salud de María Cristina unas 300 camas diarias para que, asistidas por el grupo de doctores que se hallan á su frente, pudieran dar á luz mujeres desgraciadas que carecen de medios de fortuna; se dotaría de mayores medios al Asilo de San José y se mejoraría la organización y enseñanza de los Patronatos de sordo-mudos, ciegos y anormales, sin olvidar los fines que persigue la Asociación Matritense de Caridad, falta de recursos á causa de las últimas medidas de Gobierno.

—Un telegrama procedente de Vitoria da cuenta de que en reunión celebrada por la Junta de la Protección á la Infancia fué acordado sostener la prohibición en el recurso interpuesto por la Empresa del cinematógrafo, de la asistencia de menores de quince años á espectáculos de cinematografía.

La lucha contra el cáncer en Francia.—Leemos en *Le Journal* de 21 de Octubre: M. Justin Godart, ministro de Higiene, se ha declarado desde hace mucho tiempo enemigo implacable del cáncer. En 1920 fundó la liga francoamericana contra el cáncer que ha prestado ya grandes servicios, creando en varias ciudades centros anticancerosos provistos de radium y de aparatos de alta frecuencia necesarios para los tratamientos modernos.

En la actualidad acaba de tomar una iniciativa que tal vez suscite discusiones apasionadas, porque hoy en día parece demostrado, después de los debates del Congreso internacional de Estrasburgo, que un canceroso tratado á tiempo, es decir, operado y sometido á la acción de los rayos X ó del radium es perfectamente curable. Por consiguiente, el ministro cree que todo lo que sea fomentar la creencia entre los enfermos de que se pueden curar sin intervención y simplemente por un procedimiento médico, es hacerles un grave perjuicio. Y uniendo la acción á la palabra ha presentado una denuncia contra un llamado instituto médico que asegura que los cancerosos se pueden curar sin operación.

«Quiero saber, ha dicho el ministro, si los textos legales actuales permiten á los Poderes públicos defender á los enfermos contra los que—generalmente de muy mala fe—acaban por hacerlos incurables, bajo pretexto de tratamientos empíricos. Con el fin de averiguarlo convenía fijarse en un

ejemplo concreto y suscitar una discusión; lo he hecho. Si de la investigación emprendida resulta que la justicia es impotente ó no puede intervenir, estudiaré, de acuerdo con el Cuerpo Médico, los textos de una legislación nueva más eficaz. Pero es preciso que el enfermo esté defendido».

Por su parte, el redactor de *Le Journal* hace resaltar las dificultades con que puede tropezar esta decisión del ministro, dado el estado actual de los conocimientos acerca del cáncer, pero nosotros creemos que esta legislación se puede hacer muy bien sin menoscabo de todos los progresos hechos por la radio y radiumterapia en el tratamiento del cáncer, y que es sumamente beneficiosa.

El profesor Vallée, miembro de la Academia de Medicina de París.—La Academia de Medicina de París ha elegido en su sesión del día 4 de Noviembre, miembro de número, por 63 votos de 66 votantes, al profesor Vallée.

El profesor Vallée ha explicado durante muchos años, en la Escuela de Veterinaria de Alfort.

Es autor de trabajos científicos reputadísimos sobre las enfermedades comunes á los hombres y á los animales, especialmente sobre la tuberculosis.

Ha descubierto con M. Leclainche, un suero polivalente cuyo empleo se generaliza cada día más en Medicina y Cirugía.

El profesor Vallée es director del Laboratorio de investigaciones del Ministerio de Agricultura.

En la misma sesión, la Academia de Medicina nombró miembro correspondiente nacional, á M. Cadeac, de Lyon, y miembros asociados de título extranjero á los Sres Fadyean de Londres y de Gond, de Leyden.

Congreso de estomatología en Francia.—El día 30 de Octubre, por la tarde, se celebró en el gran anfiteatro de la Facultad de Medicina de París, y bajo la presidencia de M. François Albert, ministro de Instrucción pública, la sesión inaugural del Congreso de médicos estomatólogos.

Asistió el profesor Roger, decano de la Facultad de Medicina.

La sección científica, bajo la presidencia del Dr. Chompret, estomatólogo de los hospitales del Estado, ha trabajado hasta el jueves día 6 de Noviembre.

Las tardes del viernes y el sábado se consagraron á los asuntos profesionales reservados á los miembros del Sindicato de Estomatólogos.

Se han adherido y han asistido, médicos belgas, italianos, holandeses, portugueses y españoles.

Premio Tolosa Latour.—Médicos rurales que han obtenido recompensa del Consejo Superior de Protección á la infancia, por haber realizado actos meritorios en favor de los niños. Cuatro premios de 200 pesetas cada uno y diploma de mérito á los señores siguientes:

D. Blas Torrelo López, de Villarta de los Montes (Badajoz); D. Ramón Canoura Belado, de Viniegra de Abajo (Logroño); D. Luis Benavides Godoy, de Ravadumia (Pontevedra), y D. Eladio Gutiérrez de Antonio, de Valdevacas y Guijar (Segovia).

Nuevos hospitales.—En Alicante, con asistencia de las autoridades civiles, militares y eclesiásticas, se ha celebrado la ceremonia de colocar en la falda del monte de la Pineda, la primera piedra del nuevo Hospital provincial.

Las obras empezarán en breve plazo.

—En Bilbao el día 11, á las cuatro y media de la tarde, se celebró la bendición del nuevo Hospital de la Cruz Roja en el edificio que fué Albergue de Achuri, capaz para 57 camas.

Asistieron el gobernador, el alcalde, la marquesa de Arriluce de Ibarra y la señorita de Castellón, entre otras personalidades.

Obras recibidas.—«Archivo de las enfermedades del corazón y de los vasos», tomo III, Agosto de 1924.

Sociedad Odontológica Española.—Esta Sociedad ha celebrado la sesión inaugural del curso académico de 1924 á 1925 el viernes 21, á las siete y media de la tarde, en el local del Colegio de Médicos, bajo la presidencia del rector de la Universidad Central, Excmo. Sr. D. José Rodríguez Carracido.

El secretario general, D. Daniel Castro, leyó el discurso resumen de la labor realizada por esta Corporación en el año anterior, y el catedrático de la Escuela de Odontología, Dr. D. Pedro Mayoral, pronunció el discurso inaugural, sobre

el tema «Microbiología de la caries dentaria y de la pulpitis aguda».

El número presente va aumentado en cuatro páginas á fin de dar cabida al exceso de original que poseemos, todo de interés y de actualidad.

Excipiente inerte.—Mal por mal, mejor es pobreza desagradable que riqueza arañadora.

(Zabaleta.)

Aquí para vivir en santa calma,
o sobra la materia ó sobra el alma.

(Espronceda.)

Bellafolina «Sandoz».—Con el presente número acompañamos un prospecto y tarjeta sobre la Bellafolina, recomendando la lectura. Pedido de muestras á Sandoz, Apartado 4.009, Madrid.

VINO PINEDO

El mejor tónico.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. M-33.—Madrid.

Forma emulsionable en frío: 2,75 ptas. caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,25 ptas. frasco de 250 gramos.

Ambas formas: A granel por kilos. — Muestras gratuitas.

PALMIL Jiménez.
Purgante Ideal.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valenola.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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