

# 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

<b>J. BLANC Y FORTACÍN</b> Del Hospital de la Princesa.	<b>A. GARCÍA TAPIA</b> Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.	<b>G. MARAÑÓN</b> Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.	<b>J. y S. RATERA</b> De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.
<b>L. CARDENAL</b> Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	<b>J. GOYANES</b> Cirujano del Hospital General de Madrid.	<b>M. MARÍN AMAT</b> Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.	<b>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
<b>J. CODINA CASTELLVÍ</b> Académico. Médico de los Hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	<b>B. HERNÁNDEZ BRIZ</b> Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	<b>L. MARCO CORERA</b> Prof. honoris causa del Inst. Rubio.	<b>J. SARABIA PARDO</b> Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
<b>V. CORTEZO</b> Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto de Alfonso XIII.	<b>T. HERNANDO</b> Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	<b>J. MOURIZ RIESGO</b> Jefe del Laboratorio del Hospital General.	<b>F. TELLO</b> Director del Instituto Alfonso XIII.
<b>L. ELIZAGARAY</b> Del Hospital General de Madrid.	<b>F. HUERTAS</b> Del Hospital General. Académico de la de Medicina.	<b>B. NAVARRO CÁNOVAS</b> Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.	<b>L. URRUTIA</b> Especialista en enfermedades del aparato digestivo.
<b>A. ESPINÁ Y CAPO</b> Académico de la Real de Medicina.	<b>C. JUARROS</b> Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.	<b>S. PASCUAL Y RÍOS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.	<b>J. M. DE VILLAVEVERDE</b> Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.
<b>A. FERNÁNDEZ</b> Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	<b>E. LUENGO ARROYO</b> De la Sección de Parasitología del Instituto de Alfonso XIII y del Hospital de la Facultad de Medicina.	<b>A. PULIDO MARTÍN</b> Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	<b>R. DEL VALLE Y ALDABALDE</b> Académico de la Real de Medicina.
<b>F. LÓPEZ PRIETO</b> Electro-radiólogo. Ex-Médico Titular.			

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

**SUMARIO:** Sección científica: Tratamiento de la tuberculosis por el oro, por el Dr. Martín Salazar. — Degenerescencia corneal mal definida vista á la lámpara de hendidura y microscopio corneal, por el Dr. Angel Castresana. — Del empleo del alcohol absoluto en las gangrenas fulminantes, por Carmelo Sánchez Palacián. — Tuberculosis y hernia, por Victor Manuel Mollá. — Abdomen agudo, por el Dr. Stoker de la Rosa. — Bibliografía, por el Dr. Angel Pulido Martín y F. J. C. — Periódicos médicos.

### Tratamiento de la tuberculosis por el oro

POR EL

DR. MARTÍN SALAZAR

Hace algún tiempo que el profesor Holger Moellgaard, de Copenhague, anda investigando la acción química directa de las sales de oro sobre el bacilo tuberculoso. En un mitin de la Sociedad médica danesa, celebrado el 28 de Octubre último, dió dicho profesor cuenta de sus trabajos experimentales y sus observaciones clínicas en este sentido. El método seguido es una forma de quimioterapia. Una solución de sales de oro es administrada por inyección intravenosa ó intramuscular. A consecuencia de su acción destructiva sobre el bacilo tuberculoso, aparece una toxina libre, que produce serio daño sobre el paciente. Y para neutralizar esta toxina reaccional, se usa de antemano un suero protector, obtenido de caballos inmunizados contra el bacilo de Koch.

La constitución de las sales de oro usadas no tiene un riesgo grande de envenenamiento metálico; pero, sin embargo, conviene que se usen con cuidado, y sólo por personas que conozcan bien sus efectos.

Los experimentos del profesor Moellgaard sobre las terneras y otros animales, y las pruebas clínicas hechas con su medicamento compuesto de sales de oro y llama-

mado *sanocrisina*, han despertado gran interés desde el año pasado en Dinamarca. El profesor Moellgaard ha dado su impresión sobre los efectos de esa substancia considerada como un gran germicida *in vivo*. La *sanocrisina*, dice, no es tóxica para los tejidos, es fácilmente difusible por el cuerpo, lentamente eliminable y muy tóxica para el bacilo de Koch. Es de notar que no produce ninguna reacción viva cuando la inyección se realiza en organismos sanos, libres de tuberculosis; pero si los tejidos son tuberculosos, se ocasiona en ellos en seguida una violenta reacción, que se supone es debida á la toxina que desarrolla la destrucción de los bacilos tuberculosos por la acción química del medicamento. Para evitar esta reacción se usa el suero antedicho, que neutraliza la endotoxina del germen. El profesor Moellgaard cree que con su método ha dado un gran paso en el tratamiento de la tuberculosis; y se basa en los resultados obtenidos en los animales artificialmente infectados, y en las pruebas clínicas realizadas sobre enfermos tuberculosos. El cita dos casos de monos tuberculizados, casi moribundos, con lesiones graves de los pulmones, alargamiento del bazo, ascitis, etc., que han recobrado la salud y aumentado de peso un 50 por 100. Respecto á las pruebas hechas en el tratamiento de enfermos tuberculosos por distintos clínicos y en diversos hospitales de Dinamarca, resulta que los seres humanos reaccionan á la *sanocrisina* como los animales,



que los casos de curación son también admirables, verdaderamente.

Aunque el asunto está todavía, puede decirse, *sub judice*, los trabajos realizados por el profesor Moellgaard son bastante animosos para abrigar esperanzas de que el ideal de la *sterilisatio magna* en la tuberculosis, está camino de alcanzarse. Cuando menos, el asunto merece fijar la atención de las personas que en nuestro país se dedican con especialidad á la resolución de este magno problema de la curación de la tuberculosis, y en el cual no cabe más que el método de la inmunización ó de la quimioterapia. ¿Habrás dado para la tuberculosis con un medio de esterilización química como el del mercurio ó el del arsenobenzol en la sífilis? Los hechos, y solo los hechos, serán los que digan la última palabra.

### Degenerescencia corneal mal definida vista á la lámpara de hendidura y microscopio corneal

POR EL

DR. ANGEL CASTRESANA

El gran libro de la clínica es el mejor maestro, porque al mismo tiempo de ser el más veraz, es el más objetivo y sólo nos exige para su estudio, las facultades de análisis y observación. Algunas veces presenta ante nosotros ciertos casos, que por su novedad é interés clínico merecen sean dados á conocer, para que, por su perfecto estudio, en relación con las entidades nosológicas ya deslindadas, ir poco á poco construyendo nuevas agrupaciones clínicas é ir aumentando paso á paso los dominios de la ciencia y desentrañar sus múltiples y oscuros problemas.

Al regreso de nuestra excursión científica por el extranjero, en donde hemos podido aprender los más modernos métodos de exploración con todo el detalle necesario, por convivir con las técnicas en su primitivo origen, nos encontramos con el enfermo, objeto de nuestro trabajo, que nos pareció de tanto interés para el desarrollo del capítulo de las afecciones corneales, que rápida y extensamente lo exponemos ante los que tan deseosos como nosotros del desarrollo de la ciencia en nuestra patria, han de poder sacar de él algunas enseñanzas.

El caso en cuestión es el siguiente:

Se trata de un enfermo de nombre T. D. L., de cincuenta y ocho años de edad, casado y natural de Tenerife.

Su padre murió hace veintiocho años, de neumonía; su madre, de senectud; no es posible encontrar en su familia antecedentes oculares de ninguna clase.

Nació muy débil al decir de sus padres; tuvo á los dos años sarampión, y cuando sólo había llegado al período de convalecencia de ésta, la escarlatina, de las que no quedaron ninguna secuela. A los cuatro años padeció una artritis de origen tuberculoso en la cadera derecha, de la que resultó una anquilosis; así siguió hasta los ocho años. En esta época se le presentó en la parte inferointerna del muslo derecho, una tumoración del tamaño de una naranja, indolente y que acabó por abrirse espontáneamente al exterior, siendo su contenido de aspecto traslúcido y ligeramente amarillento; al cabo de tres meses se cerró y hasta la actualidad no ha vuelto á notar otras molestias de esta índole; á los diez años, una neumonía, y aquí termina el his-

torial patogénico del enfermo, pues sólo en su haber patológico pueden recogerse ligeras neuralgias musculares. Hace diez años que dice le apareció en la pierna derecha, en su tercio inferior y cara interna, la presencia de unas placas rosadas que se transforman en unas vesículas, al principio transparentes y más tarde conteniendo un líquido de color amarillo sucio y que tardaron en desaparecer, previa rotura, unos veinte días. Como el enfermo no da otros datos de mayor interés para el diagnóstico de la afección cutánea padecida, dejaremos en suspenso su interpretación.

En cuanto á la investigación de si ha padecido alguna afección ocular anterior á la presente, nuestro interrogatorio en ese sentido resulta completamente negativo en el ojo izquierdo, excepto una ligera conjuntivitis como veréis más adelante, que es en donde el enfermo padece el estado patológico que nos ha inducido á la publicación de este trabajo.

En el ojo derecho, en el año 1916 y en el mes de Octubre, comenzó á sentir fotofobia y ligero lagrimeo; el ojo se hallaba inyectado en la región bulbar y, sobre todo, en la parte correspondiente al limbo; dolores en forma de ráfaga, que se le irradiaban hasta la nuca y que con el empleo de fomentos y atropina le desapareció las molestias subjetivas, pero que la úlcera tardó en cicatrizar dos meses después del empleo de dicho colirio y de una pomada de óxido amarillo.

En el año 1919 existió en el ojo izquierdo un período de conjuntivitis que duró un mes y que por el empleo de un colirio tópico al principio, y astringente después, hizo se lograra desaparecer este episodio infectivo de la conjuntiva. Siguió bien de la vista durante dos meses, al cabo de los cuales comenzó á notar los síntomas que de lleño entran en la afección actual.

Una mañana al levantarse, le apreció una persona de su familia la existencia en el extremo interno del diámetro horizontal de la córnea (9 h.) de un pequeño punto blanco quecino, separado del limbo por una pequeña faja de tejido corneal con caracteres de normalidad y del tamaño de un grano de sémola, que al principio tomaron por una legaña, y que al querer por fuerte iluminación extraerlo, se encontraron se hallaba fuera del alcance de su pensada intervención. El enfermo en estos momentos dice no hallaba nada anormal en sus ojos, pues ningún síntoma concomitante apareció, y viendo no tenía ninguna molestia para sus ocupaciones, y la falta de un cuadro sintomático sobreañadido, le hizo no le diera importancia alguna, no habiendo por estas causas consultado con ningún especialista.

Este cambio de transparencia corneal quedó paralizada en su desarrollo hasta el año 1920, por la misma época, aumentando en el transcurso de algunas semanas en extensión, que alcanzó la que en la actualidad ocupa.

En el mes de Mayo de 1922 apareció en la parte externa del diámetro horizontal de la córnea y algo por encima de éste (2 ½ h.) un nuevo cambio de transparencia corneal. Al principio éste tenía los mismos caracteres de tamaño é indolencia y que poco á poco y lentamente ha ido aumentando de extensión hasta hace unos tres meses al decir del enfermo. Los caracteres anamnésicos de ambos cambios corneales son idénticos y sólo en la manera del desarrollo han disintido, pues en este último fué de desarrollo lento, mientras que en el anterior fué por impulsos. Esto es cuanto hemos podido recoger del enfermo como antecedentes y marcha del proceso:

Optalm. { O. D. = 0° — 90° = 0,50 dioptrías.  
O. I. = 0° — 90° = 1 —



A. V. L.	{	O. D. = + 0,50 + 0,50 á 0° = 1/3.
con C.	{	O. I. = + 1 esf. + 0,75 á 90° = 2/3.
A. V. C.	{	O. D. = + 3,50 + 0,50 á 0° = 2.
con C.	{	O. I. = + 4 esf. + 0,75 á 90° = 1 difícil.
A. V. L.	{	O. D. = 1/6.
sin C.	{	O. I. = 1/3.
A. V. C.	{	O. D. = núm. 3.
sin C.	{	O. I. = núm. 2.
Tensión.	{	O. D. = 19.
	{	O. I. = 17.

Examen del ojo derecho: A simple inspección no nos es posible encontrar nada patológico, ni en la piel de los párpados ni en la conjuntiva, tanto del fondo de saco como en la de revestimiento palpebral y bulbar; limbo esclerocorneal en completo estado de normalidad. En la córnea y en su parte central, algo por debajo de la región correspondiente al orificio pupilar, se aprecia la existencia de una lesión cicatricial, blanca, nacarada, de forma alargada, con su diámetro mayor horizontal de 2 milímetros de longitud y 1 de anchura. El epitelio que saltando del tejido corneal normal tapiza esta región, no se halla en un plano, sino en varios, pues su superficie es irregular; nada más apreciable á simple inspección, pues tanto en el iris como en cristalino, nada es posible de encontrar por este simple método exploratorio.

El examen con el microscopio corneal de Zeiss Czapeky con dispositivo de Henker é iluminación por la lámpara de hendidura de Gullstrandt, empleando el objetivo A 2 y ocular 2, que nos permite un aumento de 24 veces, apreciamos en la cicatriz los siguientes caracteres: Se encuentra en el corte óptico de la córnea, la presencia en sus partes más anteriores, membrana de Bowman y tejido propio corneal, la presencia de una opacidad blanca nacarada de aspecto porcelánico en la superficie, en la que se hallan ciertos acanalados que nos demuestran, por su disposición y su división dicotómica, la antigua disposición de los vasos, que arracando del limbo, llegaron á la superficie de la úlcera. La superficie de la cicatriz es ligeramente irregular y el grosor es pequeño; sólo ocupa un cuarto del parénquima. El epitelio que la tapiza, resultado de la proliferación del normal de la córnea, saltando por estas irregularidades, da lugar á que el examen en ciertos momentos, debido á la incidencia de la luz, sea bastante laborioso, pues por una parte los reflejos que se producen al nivel de su superficie y, por otra, los corpúsculos de las lágrimas al recibir la iluminación focal, provocan colores de interferencia que molesta y dificulta el examen. Tanto en el iris como en cristalino y en porciones anteriores del vítreo, no nos permiten apreciar nada de anormal. El examen al espejo plano, no nos indica nada de anormal en vítreo; el examen del fondo, tanto á la luz ordinaria como á la *Ophthalmoscopie in rotfreien Licht*, sólo nos permite observar un fondo normal fuertemente pigmentado.

Una vez expuesto brevemente lo encontrado en el ojo derecho que aunque no tiene nada de relación con las lesiones del otro ojo y que como veremos no ha de esclarecer el diagnóstico, pasemos al examen detallado de los datos recogidos en el ojo izquierdo. Si hemos consignado los datos recogidos del ojo derecho, ha sido por parecernos necesario para la buena descripción de la historia clínica.

El examen por simple inspección del ojo izquierdo arroja los resultados siguientes: Revestimiento cutáneo palpebral, normal; en el borde de los párpados y en su porción

más posterior, la presencia de una ligera hiperhemia que nos hace sospechar cierta anormalidad secretoria de las glándulas de Meibomio; practicada la expresión del párpado superior entre una varilla de vidrio y la yema del dedo índice, observamos la salida por los orificios de las glándulas de Meibomio, de una substancia semitransparente y de aspecto grasoso que nos indica una hipersecreción de estas formaciones glandulares intratarsales. La conjuntiva, tanto de revestimiento palpebral como también la de los fondos de saco y perilímbrica, con caracteres de completa normalidad. En la región de esta membrana correspondiente á la carúncula, se observa la presencia de un pequeño quiste que por sus caracteres objetivos nos hace pensar en un quiste perlado.

En la córnea de este ojo encontramos á simple inspección: el limbo esclerocorneal aparece con toda normalidad excepto en la región inferointerna (8 h.), en la que apreciamos una pérdida de la superficie miroitante de la córnea y la existencia en esta plaquita de un vaso arterial recto finísimo, que se halla superficialmente y que al llegar á esta pérdida de reflejo en la superficie corneal, se divide en fino pincel.

En la extremidad interna del diámetro horizontal de la córnea (9 h.), notamos la presencia de una opacidad de color blanco, colocada en pleno parénquima, pues el epitelio de la córnea en el lugar que ocupa la opacidad, no forma ningún saliente; todo esto nos demuestra el no origen cicatricial de la opacidad, pues dados los caracteres de intensidad de ésta, de pertenecer á este origen, hubiera dado lugar á una irregularidad en la superficie de la córnea y á un astigmatismo irregular, signos que faltan por completo. Con luz oblicua y lupa, los mismos caracteres nos son dado de observar.

En la extremidad más externa del diámetro horizontal, se halla colocada otra opacidad de caracteres idénticos al anterior, pero de mayor tamaño y que sus dos tercios superiores se hallan colocados por encima de dicho diámetro; ambas opacidades, aunque algo difusas en sus porciones periféricas, no llegan á invadir la zona más periférica de la córnea, pues se hallan ambas, como veremos más adelante, separadas del limbo por una zona de tejido corneal completamente normal.

Pasaremos á la descripción detallada, tanto en lo que se refiere á la situación, así como tamaño y caracteres, tanto de conjunto como en detalle, por medio de la observación por la lámpara de hendidura y microscopio corneal, puesto que la observación á luz oblicua y lupa, no nos enseña nada más que lo anteriormente citado.

Tamaño de las opacidades:

Empleando como oculares el núm. 2 (micrométricos) y el objetivo A 1, los caracteres de situación y orientación son los siguientes: La interna con su diámetro mayor orientado de arriba abajo y de dentro á fuera, formando con la horizontal un ángulo de 84° tiene aproximadamente 3,8 milímetros de longitud; su diámetro transversal en sus porciones más anchas, ó sea las centrales, tiene aproximadamente 0,9 milímetros de extensión.

La opacidad externa presenta los caracteres siguientes: Su tamaño, dos tercios más grande que la anteriormente citada; su eje mayor casi vertical, pues sólo formaría con la horizontal un ángulo de 86°; tiene de longitud 5,3 milímetros; el transversal situado á la altura del diámetro horizontal, llega aproximadamente á una extensión de 2,5 milímetros.

Ahora pasemos á la descripción de las lesiones degenerativas en sí, considerando sus caracteres microscópicos á 86 diámetros de aumento. Como los caracteres de ambas son



idénticos, sólo describiremos la de la externa que por su situación es la más accesible á un perfecto examen con el mínimo de molestias, tanto para el enfermo como para el observador.

Obvio es el citar la descripción de la falta de transparencia de la córnea en 1867 por Helmholtz. Después de éste, Spryng indica la falta de opacidad vacía tanto en los líquidos orgánicos como en los tejidos llamados transparentes, facultad que ha permitido apreciarse corrientemente con el examen á la iluminación focal en oftalmología; esta facultad, que es la que nos permite en el corte óptico la apreciación en profundidad de las lesiones, por la posición de las líneas que marcan las intercesiones de las caras del prisma luminoso, que forma el fascículo al atravesar la córnea; mas no divaguemos y exponamos la descripción exacta, tanto de la constitución y profundidad de las lesiones degenerativas de la córnea izquierda de nuestro paciente á este método de iluminación, desechando la localización en profundidad de las lesiones á la simple observación binocular (estereoscópica que pudiera inducirnos á craso error).

A la iluminación focal, apreciamos que estas opacidades no tienen caracteres de macidez, sino todo lo contrario, apareciendo á nuestra vista como un enrejado de hilos completamente rectos y que entrecruzándose en ángulo recto en las partes más centrales de la opacidad, dan el aspecto de un fino tamiz; en las partes periféricas, éstas tienen menos consistencia que en la parte central de la opacidad. En los bordes de éstas se aprecia en las partes superiores é inferiores, la existencia de sólo en un sentido; en el superior é inferior, sólo existen estas fibrilaciones en sentido vertical; en la parte interna y externa, éstas aparecen en situación horizontal; si esto se aprecia sólo en las partes periféricas de la opacidad y sólo en sus porciones más distales, en cuanto por el desplazamiento del prisma luminoso, avanzamos levemente hacia el centro, éstas se unen á otras de dirección completamente contrarias, encontrándose siempre en ángulo recto. Los caracteres en sí de estas aparentes fibrilaciones, todas ellas del mismo diámetro tanto en sus porciones centrales como en las periféricas, son las siguientes: el tránsito de paso de la porción de córnea transparente á la opacificada, se produce de una manera brutal y violenta, pues aparecen como cortadas por un plano perpendicular á su eje, no encontrándose punto de demarcación entre la parte normal y la patológica. Deseando estudiar con más detalles los caracteres de este dibujo, cambiamos los objetivos A 1 y oculares A 2 micrométrico, por el objetivo A 3 y oculares 5, que nos permite una ampliación de 86 diámetros. En estas circunstancias, su aspecto filiforme algo irregular se halla en su superficie con fino estriado longitudinal y con ligera transparencia en sus porciones distales, esto nos demuestra la existencia de un proceso que avanza aunque discretamente. En esta estriación lineal se aprecia ligera pérdida de brillo en ciertas porciones, casi todas ellas separadas por espacio de casi idéntico tamaño y que dan la apariencia á estas fibrillas como de rayado al parecer.

Una vez que esquemáticamente y someramente, para no cansar vuestra benévola atención, hemos descrito los caracteres microscópicos que por el estudio *in vivo* nos ha sido dado el recoger, entremos á dilucidar el problema de la localización de estas lesiones en el corte óptico corneal.

(Concluirá.)

## TUBERCULOSIS Y HERNIA

(Un caso de hernia inguinal de ciego con tuberculosis ileocecal)

POR

VÍCTOR-MANUEL MOLLÁ

Profesor ayudante de la Facultad de Medicina.

No constituye la tuberculosis herniaria una rareza clínica; pero hay que convenir en que es una de las infinitas complicaciones de las hernias que se presenta con escaseísima frecuencia.

Nosotros, como todos los cirujanos que disponemos para nuestra práctica de clínicas de hospitalización, contamos por centenares los casos vistos y operados de hernia, y sólo en tres (incluyendo el caso presente) hemos podido apreciar esta grave complicación en el contenido herniario, pero desde luego sin los interesantes caracteres que el caso origen de las presentes líneas ofrecía para el diagnóstico. Por estas razones, su rareza, su gravedad y las dificultades con que tropezamos para su diagnóstico, son las circunstancias por las cuales estimamos digno de la publicación el caso motivo de estas líneas y las consideraciones del mismo derivadas.

El día 6 de Octubre de 1923 ingresó en la clínica donde nosotros prestamos servicio (Quirúrgica 3.<sup>a</sup>), con carácter de urgencia y diagnosticado de hernia inguinal estrangulada, el enfermo A. M. S., de cincuenta y ocho años de edad, bien constituido y de buen aspecto general. Nos dice haber padecido y sufrir con frecuencia dolores de vientre, dolores que se acentuaron al ingresar en la clínica, localizados en la fosa ilíaca derecha.

Por inspección se apreciaron dos tumoraciones en ambas ingles, mayor la del lado derecho. Por palpación la tumoración inguinal derecha ofrece una consistencia dura, de movilidad escasa, no reductible y del tamaño de un puño, prolongándose por grueso pedículo por región inguinoabdominal, que daba sonido mate á la percusión.

El diagnóstico difícil permaneció dudoso hasta la intervención, descartada desde luego la ya lejana existencia de la hernia, según nos manifestó el mismo enfermo, hernia que, á pesar de su volumen, se la reducía con facilidad hasta hace dos meses el paciente sin molestia alguna hasta esta fecha.

El cuadro clínico correspondía á una falsa estrangulación; mareos, molestias generales, dolor localizado, con pulso ligeramente frecuente y sin fiebre. Ante este cuadro no apremiante, diferente, desde luego, al de la hernia estrangulada, diagnosticamos con algunas reservas el caso de hernia inguinal irreductible antigua con adherencias viejas, complicada con un proceso inflamatorio reciente que engrosó con esta eventualidad el ya confuso cuadro de pseudo-estrangulación que ofrecía y el diagnóstico de hernia estrangulada que precipitadamente se había formulado.

Las funciones digestivas se realizaban con normalidad, sin diarrea, melena, ni fenómenos de obstrucción. Nada autorizaba á pensar en la existencia de las graves lesiones existentes que apreciamos en la operación.

Sin premuras, puesto que el reposo en cama hizo desaparecer los síntomas vagos de estrangulación y procurando ahondar nuestra investigación en busca de un diagnóstico que nos satisficiera, se acordó aplazar la intervención hasta el tercer día de su ingreso en la clínica.

La incisión del plano cutáneo de la tumoración permitió apreciar un saco herniario engrosado, lleno de líquido á



gran tensión. Por precaución explicable practicamos una punción aspiradora con la jeringuilla de Pravaz, que dió salida á un pus claro, abriendo á continuación ampliamente para dar salida á más de 500 c. c. del pus cuya existencia nos denunció la jeringuilla. Ampliamos esta incisión, constituyendo una amplia abertura para el fácil desagüe de lo que en principio estimamos como antiguo saco herniario, cerrado y convertido en absceso frío. Intentamos aislar el cuello del saco en pleno conducto inguinal incindido; pero la superficie endotelial del pedículo la encontramos unida por una masa adherente que se rasgaba con facilidad á las facias vecinas, cayendo en varias cavidades llenas de pus y grumos caseosos, una de cuyas cavidades era mucosa intestinal. Reconocimos en ciego en cuya cavidad habíamos penetrado, incindimos ampliamente la cavidad abdominal para descubrir ciego y colon descendente. Examinando detenidamente, el ciego invadido por focos tuberculosos con adherencias á la fosa ilíaca derecha y á asas intestinales.

Aislado el ciego con grandes dificultades, procedimos á su resección en el tercio superior del colon ascendente uniéndolo á ileon por sutura latero ó lateral.

El análisis histológico confirma el diagnóstico macroscópico que con la intervención formulamos: *Antigua hernia inguinal de ciego con infección secundaria tuberculosa de éste y saco.*

A pesar de los exquisitos cuidados asépticos que pusimos en práctica durante la intervención, no pudimos evitar que el enfermo falleciese á los tres días de efectuada la operación, de Peritonitis.

Como puede apreciarse en la relación del caso clínico expuesto, se trata indudablemente de una tuberculosis herniaria, pero no limitada al saco, mejor dicho, á la parte herniada del ciego, sino que se extendía á colon, apéndice, sobrevenida con sorda sintomatología en una hernia cecal antigua. ¿Comenzó el proceso tuberculoso por la porción herniaria del ciego? ¿Debutó en la porción no herniada de éste? ¿Se inició en el saco extendiéndose á su contenido? Con mucho es más frecuente la tuberculosis del ciego. La tuberculosis limitada al saco no es afección corriente que permita considerarla como tal entre las complicaciones de las hernias.

Probablemente comenzó la infección por la porción herniada del ciego, ascendiendo por toda esta zona de intestino, con saco parietal como es frecuente en estas hernias por deslizamiento; por eso el absceso que enmascaraba la hernia era subcutáneo y la pared cecal sin peritoneo formaba la pared posterior del absceso.

Es casi seguro que así sucedieran las cosas porque la hernia era antigua sin la menor molestia local. Era, pues, reciente el proceso tuberculoso.

La tuberculosis del ciego y del colon es una afección relativamente frecuente. Apreciada la tuberculosis del ciego por Valy en 1843 con el nombre de Tifitis tuberculosa, no es tratada quirúrgicamente hasta 1890 por Bouilly. Según Hartmann, esta tuberculosis cecal es generalmente primitiva. Sin embargo, como es fácil comprender, lo más probable es que sea consecutiva á la tuberculosis pulmonar que bien por vía sanguínea ó por vía serosa (la más directa), al ingerir esputos, el bacilo de Koch inocula, por decirlo así, los tejidos del intestino.

Goge dice haberse publicado solo 30 casos de tuberculosis lleocecal. El Dr. Lozano conoce ocho.

Se indican como causas de la preferencia que tiene la tuberculosis intestinal por este tramo del intestino (colon y ciego): el apéndice con su tejido adencideo que favorece la infección, la disentería, el medio alcalino intestinal, la larga permanencia de las materias fecales en la porción ascenden-

te del colon; sin embargo, se aprecia como razón fundada para explicarse esta infección en todas las porciones del intestino grueso, el hecho de terminar en éste el tronco principal de la arteria mesentérica, llevando embolias microscópicas tuberculosas.

Con pequeñas variantes, cuatro formas se admiten aisladas ó combinadas de tuberculosis lleocecal:

Ulcerocaseosa.

Perforante.

Fibroadiposa (hipertrófica).

Fibrosa estenosante.

La variedad ulcerocaseosa es con mucho, si no la más frecuente, sí la más grave en cuanto al pronóstico de su intervención operatoria. Al principio se constituye por la unión de granulaciones submucosas que la destruyen, ulcerándola al mismo tiempo que esta destrucción camina hacia la túnica muscular. Estas ulceraciones á su vez se fusionan invadiendo mucosa en longitud y circularmente, llegan hasta la pared abdominal constituyendo abscesos fríos que se abren ya en la misma pared, en la ingle ó en alguna víscera (generalmente recto). Por otra parte, la reacción peritoneal es bien notoria (crónica) dando lugar á lo que Patel llama forma enteroperitoneal. Mas evolucionado el proceso, el íleo, el apéndice y el ciego aparecen como incluidos en una informe masa fibrocasirosa, donde con dificultad se aprecian las asas intestinales aprezadas entre cavernas caseosas.

En nuestro enfermo no pudimos apreciar en el transcurso de la intervención, lesión alguna peritoneal ni lesiones tuberculosas vecinas á los segmentos de intestino dañados. En la forma ulcerosa con supuración, puede formarse un foco de peritonitis local con fenómenos de íleo que desaparecen cuando este pus almacenado aboca en la luz del intestino de un modo intermitente.

Respecto á la sintomatología de la tuberculosis cecal, no resulta en la práctica tan clara como señalan los tratados, siendo nuestro caso una valiosa confirmación de este criterio.

Al principio la extensión de las lesiones son siempre desproporcionadas á la escasez de síntomas apreciables, pues hay casos (el nuestro buena muestra) en los cuales á pesar de la magnitud del proceso la sintomatología no puede ser más vaga y pobre. Otras veces son más enérgicos los síntomas que se presentan: diarrea, con heces mucosas y estrictas sanguinolentas, á veces vómitos, etc. En un principio domina la diarrea con insidiosa colitis, debiendo tener buen cuidado quien de diagnosticar trate de diferenciar esta sintomatología de la que suelen ofrecernos los tumores malignos de este tramo intestinal, en especial el carcinoma.

Más tarde aumenta la complicación sintomática, ya que el carácter tumoral de las lesiones evolucionadas, simulan con íntimo parecido los fenómenos originados por los tumores de colon propiamente dichos. Las adenopatías, la actinomicosis, las tífis crónicas y principalmente las apendicitis, son afecciones que por encontrarse situadas en órganos y tejidos de próxima vecindad, habrá que eliminar tras una larga y minuciosa investigación, cuando de diagnosticar una tuberculosis lleocecal se trate. Sin embargo, el diagnóstico exacto de la tuberculosis lleocecal, rara vez podrá formularse sin laparotomía, siendo indispensable el análisis histológico, pues en ocasiones aun ante la misma pieza anatómica dudaremos de su verdadera naturaleza. Hecho que ocurre con alguna frecuencia cuando se trata de diferenciar una lesión tuberculosa de una carcinomatosa.

Según Kausch, las reproducciones después de la intervención (resección) dan una estadística del 2 al 6 por 100. La mortalidad operatoria oscila entre 18 y 20 por 100. (Courh, Campudre, Mikulicz.)



Ahora bien; todo cuanto llevamos dicho se refiere de un modo muy directo á la tuberculosis cecal en sí; pero la circunstancia de constituir esta lesión visceral parte integrante del contenido herniario de nuestro enfermo, es algo que de un modo notable realza la importancia del caso que publicamos.

El Dr. Mollá (padre) en una estadística iniciada hace más de treinta años, constituida por más de 2.000 intervenciones por hernia, no ha podido apreciar más que en ocho casos la tuberculosis herniaria, estando limitada esta infección en cinco de sus casos á epiplón, es decir, un  $\frac{1}{4}$  por 100 aproximadamente.

Es más frecuente la tuberculosis cecal en la hernia inguinal que en la crural y, por consiguiente, más frecuente en el hombre que en la mujer.

Ha sido bien estudiada la tuberculosis herniaria por Janesco, de Bucarest, en 1891, y por Lejars en 1899.

Respecto á la edad, parece ser que se presenta con más frecuencia en el adulto que en el niño.

Las lesiones pueden limitarse al saco únicamente ó extenderse (o más frecuente) al contenido. En el adulto es más frecuente que la tuberculosis herniaria no se limite únicamente á la hernia propiamente dicha, sino que se extiende á otros tramos del intestino y á la superficie visceral ó parietal del peritoneo. Por otra parte, no es hecho raro la coincidencia de una tuberculosis visceral sin presentarse el proceso en el saco herniario.

Se han encontrado lesiones tuberculosas de forma hipertrofica nodular ó en placas aisladas en el saco en plena evolución, al lado de formas difusas en todos los períodos de su evolución. En relación con estas formas puede el saco encontrarse lleno de líquido en la forma ascítica ó bien encontrarse adherido al contenido en la variedad úlcero-caseosa.

Las adherencias en nuestro caso fueron fácilmente apreciables, adherencias que unidas á la falsa hipertrofia que originan los abscesos, contribuyen á su irreductibilidad, y en consecuencia á simular ese signo tan capital en las formas clásicas de estrangulación.

Para terminar: El diagnóstico diferencial de la tuberculosis ileocecal tropieza en la práctica con la pobreza de síntomas, siendo necesaria una detenida observación para un diagnóstico precoz, diagnóstico que tendrá el crecidísimo valor que ofrecen los diagnósticos de las lesiones jóvenes respecto al pronóstico de la intervención, pues si bien es verdad que al principio una lesión tuberculosa ileocecal (que no cura espontáneamente) no presenta al tratamiento quirúrgico grandes escollos, más tarde, evolucionando las lesiones hasta constituir abscesos y adherencias íntimas, pondrá en graves peligros la asepticidad peritoneal.

Respecto á la complicidad herniaria que significa la tuberculosis, como en este caso, es algo que aun descontando su rareza, no nos autoriza á descartar esta complicación cuando tratemos de diagnosticar una hernia estrangulada. Es como hemos indicado, una lesión caracterizada por su poca frecuencia, pero no constituye la tuberculosis herniaria una lesión refractaria á las múltiples complicaciones que pueden asentar en las hernias.

## Del empleo del alcohol absoluto en las gangrenas fulminantes

POR

CARMELO SÁNCHEZ PALACIÁN

(Alumno del sexto curso de Medicina)

El tratamiento de las gangrenas de curso rapidísimo de las llamadas fulminantes, ha sido en todos los tiempos el

quirúrgico; la rapidez de su invasión así lo requiere, bastan á veces pocas horas para que un miembro sea invadido por la necrosis gangrenosa. Tal es la velocidad de propagación desde la parte enferma á las porciones contiguas sanas.

No entraremos en disquisiciones sobre etiología, variedades, etc. Concretémonos á los hechos desde el punto de vista terapéutico. La práctica quirúrgica corriente que corrobora el dicho de *cortar por lo sano*, es la empleada siempre cuando de porciones afectas de gangrena se trata; es decir, la separación del organismo, no sólo de la parte enferma, sino además de buena porción de la región indemne, para asegurar con éxito el resultado de la operación, que, desde luego, es un procedimiento eficazísimo en todos los casos. ¿No podríamos restringir la extensión exagerada de lo que á veces resulta una verdadera mutilación? Citaremos un caso curioso por la gravedad de sus comienzos y su localización; á pesar de esto, procuróse respetar la mayor parte del miembro enfermo y sustituir el líquido de Dakin-Carrel, usado generalmente en el tratamiento postoperatorio, por el alcohol absoluto; el resultado fué maravilloso.

Ingresó en el Hospital O'Donnell, de Ceuta, un soldado de la Comandancia de Artillería de dicha plaza, con gangrena fulminante de pene. Reconocido inmediatamente con toda prolijidad, pues la gravedad del diagnóstico que ya traía así lo requería, acordóse amputarle el pene, pero dado lo avanzado de la hora (anochecido) y el no tener preparado el instrumental, dejóse la operación hasta el día siguiente, limitándose por entonces la intervención á realizar una circuncisión con el termocauterio, dejando buena porción todavía de prepucio y glándula gangrenadas.

Al ingresar el enfermo en la clínica el aspecto del miembro viril era el siguiente: extensa necrosis y edema voluminoso de todo el prepucio, parafimosis consiguiente, por las pérdidas de substancia del prepucio, y á manera de ventanas, velase el glándula con principios de gangrena, y á través de dichos ojales fluía un pus pestilente, blanquecino, con estrías sanguinolentas. Al tacto de la parte enferma experimentaba el paciente agudos dolores en la raíz del pene que irradiaban hacia las ingles y el escroto. El aspecto general del enfermo bastante bueno, sin fiebre, tan sólo el estado de ánimo estaba algo decaído. Empezó la enfermedad por una supuración cremosa que apareció en el borde prepucial á los doce días del contacto sexual con una prostituta. Posteriormente, se averiguó que varios sujetos que habían tenido contacto con dicha mujer habían sido contagiados con chancros blandos; no había ocasión á dudar del origen venéreo de la enfermedad; estuvo dos ó tres días con la antecitada supuración que él atribuyó á blenorragia hasta que al tercer día de su aparición empezó el edema del pene, y en pocas horas tomó el aspecto característico de plátano podrido; se hizo unos lavados con permanganato, hasta que no pudiendo resistir los fuertes dolores que al menor contacto sufría, presentóse á reconocimiento al médico de su batería, el cual inmediatamente lo envió al Hospital para su tratamiento. Se le hizo, pues, como se ha dicho anteriormente, la circuncisión con el termocauterio, y luego un abundante lavado con sulfato de cobre al 3 por 100, cubrióse el pene con unas gasas sujetas por vendaje flojo y se le sometió durante toda la noche á una irrigación continua de alcohol absoluto con objeto de que constantemente estuviesen empapadas las gasas y mantener la superficie mortificada en una atmósfera de vapores del alcohol aséptica, al par que deshidratante. A la mañana siguiente al levantarlo las gasas observóse el cambio radical sufrido por el miembro, el proceso gangrenoso se había detenido, la escaras secas completamente, se desprendieron con facilidad á la débil tracción de las pinzas, el olor nauseabundo de la víspera había en parte desaparecido, no había retrac-



ción de la parte operada el día anterior. Visto lo favorable de su estado, se acordó seguir con la irrigación continua de alcohol y hacerle dos curas diarias con objeto de limpiar bien el glande, surco balanoprepucial y prepucio, consistiendo estas curas en lavados con la solución sulfato de cobre al 3 por 100 y ablación de escaras á medida que se desecaban. Al sexto ó séptimo día apareció el pene en casi su estado normal; se abandonó la irrigación de alcohol y ya las curas en adelante redujéronse á cambiarle el vendaje una vez al día y espolvorearle con yodoformo las superficies en vías de franca cicatrización; al décimo día de tratamiento, había recobrado el pene su aspecto normal, tan sólo el prepucio bastante acortado, podría dar señal de la situación crítica por que atravesó el enfermo en tan pocos días.

Citaremos otro caso que pone de manifiesto el éxito rotundo de la aplicación del alcohol absoluto en las heridas infectadas por microbios productores de la gangrena.

Presentóse un día en el botiquín del Campamento Rincón del Medik (Africa), un pescador que se había herido en un pie con una espina de los vulgarmente llamados erizos de mar, tan numerosos en aquéllas playas. Parece ser que sacando unas redes á la orilla sufrió un pinchazo con una púa de erizo en la parte anterior de la planta del pie derecho. El hombre arrancóse la púa que quedó allí clavada, y sin dar más importancia al accidente prosiguió su trabajo. Por la noche al ir á recogerse en su cabaña, tenía inflamado todo el pie y sufría agudísimos dolores, se acostó después de vendarse la herida con una tira de tela, sucia seguramente; no pudo dormir en toda la noche á causa del dolor. A la mañana siguiente presentóse en el botiquín para que se le tratara.

El pie fuertemente hinchado no cabía en la babucha con que ordinariamente se calzaba; la piel correspondiente á la cabeza de la primera falange estaba cianótica, casi negruzca, y á su alrededor una extensa zona de transición fuertemente enrojecida; se diagnosticó de herida infectada, y después de una extensa canterización con permanganato potásico, se le vendó convenientemente el pie y se le citó para el día siguiente á fin de renovar la cura; presentóse, pues, como se le dijo, y al quitarle el vendaje del día anterior se le hizo el diagnóstico de herida gangrenada, gangrena producida seguramente por la infección de bacilos de los de tipo fusiforme. El pie fuertemente edematoso, ya no acusaba los intensos dolores de la víspera, las manchas negruzcas habíanse extendido con rapidez con producción de algunas escaras, cuyo desprendimiento dejaba al descubierto un putrilago oscuro y maloliente. Recordando el caso anteriormente citado de la gangrena del pene, se decidió seguir el mismo proceder, así es que después de cauterizarle la herida con el termo minuciosamente, se le sometió á la irrigación continua de alcohol, prescribiéndole la inmovilidad absoluta del pie y se le colocó un apósito holgado sin ningún vendaje. A partir del día siguiente, al renovar el apósito, se pudo apreciar la franca mejoría de la región enferma. El edema fué disminuyendo, el proceso gangrenoso sufrió una regresión y el tinte oscuro de la necrosis de la epidermis se limitó ya en adelante á porciones concéntricas á la herida, de radio progresivamente menor, hasta que al décimo día del tratamiento, se le pudo considerar como completamente curado, no quedando más huella que la producida por la cauterización en el sitio preciso del pinchazo.

Visto en estos dos casos el éxito rotundo del alcohol, como medio heroico de los dos procesos necróticos tan distintos en su etiología y su localización, cabe preguntar: ¿Por qué no generalizar el empleo del alcohol absoluto en toda clase de necrosis parciales como coadyuvante de un trata-

miento quirúrgico, más restringido de lo que se acostumbra? (De mis observaciones hechas durante la campaña de Marruecos, 1921-1923.)

## ABDOMEN AGUDO <sup>(1)</sup>

FOR EL

DR. SLOCKER DE LA ROSA

*Torsión.*—La torsión de un quiste de ovario es aguda ó subaguda, según que se verifique lenta ó repentinamente. Como contrae adherencias peritoneales, puede considerarse que es esta adherencia motivo de torsión y otras veces consecuencia. Si sigue el quiste los movimientos respiratorios, está adherido; si no, con pedículo torcido ó no, está libre de la pared, aunque puede estar adherido á otros órganos. Si no se sospecha quiste y puede sospecharse cuando después de un par de meses de un parto se abulta el vientre, hay que pensar en la torsión de un quiste; cuadro parecido á oclusión intestinal, á perforación ó apendicitis. En una palabra: cuando hay reacción peritoneal brusca en una mujer que no tiene signos de embarazo ectópico; y aun así, me remito á lo dicho cuando tratemos dicho asunto. El bazo móvil, con largo meso, como el pedículo largo de un quiste de ovario, puede sufrir una torsión, y es difícil diferenciarlo clínicamente con la de epiplón, con la inflamación aguda de éste y la oclusión de vasos mesentéricos. El caso de Saliba era de bazo móvil, con pedículo torcido; estaba en el fondo de la pelvis, con dolor agudo, repentino, hiperestesia y defensa en el lado izquierdo. La torsión del epiplón es muy frecuente, y todos la vemos casi siempre consecutiva á la fijación de todo ó parte de su borde libre á ovario, apéndice ó más frecuentemente á saco herniario; fijo entonces en su inserción y origen y por la parte que debía ser libre, gira sobre un eje á la manera como logramos retorcer sobre sí una gran compresa de gasa cogida por dos extremos opuestos. La primera consecuencia es el dolor; la congestión determinada por la oclusión de las venas en los sitios de mayor compresión de los espirales primero, y luego los fenómenos de la falta de riego arterial por oclusión del mismo modo que las venas. Puede comprobarse tumor bajo la acción de la anestesia ó morfina; en vientres delgados puede palparse. Si es debido á la adherencia en hernia, puede verse que ésta es irreductible y tal vez estrangulada, aunque puede serlo únicamente de contenido epiploico. Es lo corriente, sin embargo, que tenga también signos de oclusión intestinal, falta de expulsión de gases y vómitos fecaloides. Más difícil es diagnosticarlo si va adherido á apendicitis, pues únicamente una sensación de angustia se añade al cuadro apendicular. En enfermos con mucha grasa puede quedar oculta una hernia crural de poca prociencia.

Las supuraciones del epiplón son casi siempre postoperatorias, y las pocas veces que como consecuencia de operaciones las he visto, atribuyo á las ligaduras la culpa; y más que á éstas, al haber dejado entre la ligadura y la sección bastante masa, cuya circulación es nula. El Dr. M. Becerra, mi ayudante, ha observado en enfermos operados de hernia, en que he tenido precisión de reseca el epiplón, con snestesia lumbar, que el momento de la sección ó compresión con *clamps* les provoca frecuencia de pulso, que se prolonga luego cuarenta y ocho ó setenta y dos horas cuando menos. Si la punción les ha trastornado algo y tienen tendencia al vómito, como su-

(1) Véase el número anterior.



cede tantas veces con la anestesia general y dolor después de los esfuerzos, parece que hay hemorragia, persiste el pulso frecuente, vómitos, palidez y tendencia al colapso. En la resección de epiplón que ha tenido ya antiguas y sólidas adherencias, cuando la resección se hace en éstas ó muy cercana, no he observado la frecuencia del pulso. En los mismos es muy fácil confundirlo con la torsión intraabdominal de un testículo no descendido. La oclusión de los vasos mesentéricos es poco corriente diagnosticarla, pero se presenta, á juzgar por las historias de los enfermos, en operados de hernia que estuvo estrangulada tiempo considerable. Yo no he tenido más que un caso, diagnosticado por la referencia de los síntomas, en un enfermo operado de hernia, sin complicación (ya hace quince años), que á las ocho ó diez horas tuvo dolor en el ombligo, angustia, se puso cianótico, y murió en el colapso después de quince ó veinte deposiciones sanguinolentas y glerosas. La autopsia confirmó el diagnóstico.

Quiero prescindir de las hernias por ser capítulo demasiado conocido, incluso las diafragmáticas, en las que siempre hay que pensar, sobre todo con signos de incarceration de estómago, y para cuyo diagnóstico casi siempre se requiere el auxilio de los rayos X, y como he publicado casos de hernias reducidas en masa, sin desbridar el anillo, únicamente diré: que todo enfermo sospechoso ó que presente el cuadro de la oclusión intestinal, debe ser interrogado, con vistas á saber si ha tenido días antes alguna hernia estrangulada, reducida espontáneamente ó practicando taxis, ó simplemente si tenía una hernia y desapareció sin saber cómo.

Tal aconteció a un robusto alemán, hace muy poco tiempo, que á no ser por insistir yo mucho en este interrogatorio, hubiera creído en un cuadro de apendicitis, pues el dolor, vómitos, defensa en la fosa ilíaca derecha me hacían ver una apendicitis, y era una oclusión determinada por una taxis incompleta que dejó contenido el intestino en el saco, de donde pude sacarle con gran cuidado, desde la incisión de laparotomía media, y donde vi las fuertes adherencias que había contraído con el cuello del anillo crural, y que diagnosticué de antemano, por lo que practiqué la laparotomía, seguro de tener que habérmelas con la hernia por vía abdominal.

Lo mismo puede decirse de la oclusión por hernias determinadas al deslizarse el intestino en las fosas peritoneales del mesenterio, y las determinadas por divertículos de intestino, que han motivado modestas aportaciones por mi parte.

**Peritonitis.**—No se limita la intervención del cirujano en los casos de peritonitis generalizada á la laparotomía propiamente dicha, sino que hay que considerar ésta como el punto de partida para un tratamiento más eficaz, y que en esencia significa reconocer el origen que ha determinado la infección peritoneal y combatirla enérgicamente por cuantos medios estén á nuestro alcance. Por lo que se refiere á la vía de acceso, se puede decir, con Salvá Mercadé, que excepto en los casos en que se reconoce como causa productora y evidente de una peritonitis la lesión de vesícula, apéndice, etcétera, que requiere incisiones particulares, en los muchos en que no es posible definir de una manera clara la lesión que la motivó, es preferible hacer la laparotomía media un poco por encima del ombligo y con grandes precauciones, pues las asas intestinales distendidas y pegadas al peritoneo parietal tienden á salir de la cavidad peritoneal y es fácil herirlas. Muchas veces aquí quedará limitada nuestra intervención, salvo algún desbridamiento, hacia arriba ó abajo, si el estado del enfermo lo permite y si los exudados nos

indican algún camino para colocar un desagüe. Si el enfermo no está muy agotado, ya podremos investigar haciendo una incisión desde el principio para encontrar el órgano enfermo: perforación de apéndice, de úlcera duodenal ó gástrica, y procurar la sutura en las mejores condiciones. Por lo que se refiere á la perforación de úlcera del estómago y del duodeno, y teniendo en cuenta lo que hemos dicho del diagnóstico y de la anatomía patológica en el apartado correspondiente, la laparotomía planteada en un espacio de tiempo no superior á doce horas, nos permite, con grandes esperanzas de éxito, pensar en la posible curación, y, por lo tanto, hemos de tener gran cuidado en que la preparación del enfermo no perturbe ni añada motivos de gravedad á los que de por sí esta grave lesión lleva aparejados.

Como á partir del momento en que se diagnostica la perforación es el en que comienza la peritonitis generalizada, hemos de considerar que está ya establecida á los efectos de la conducta que haya de seguirse. Por ejemplo, así como ordinariamente lavamos el estómago un par de horas antes y la víspera á los que van á sufrir una intervención gastroduodenal y que no son hemorrágicos, en el caso de la perforación omitimos desde luego este lavado, pues aparte que forzaríamos el paso del contenido gástrico á la cavidad peritoneal, el estado del enfermo no permitiría jamás añadir esta perturbación á las que ya de por sí presenta; así como también la cuidadosa limpieza á que sometemos á los enfermos, en boca y fosas nasales cuando no hay urgencia, tenemos que omitirla en este caso, contentándonos con toques de tintura de yodo diluida en las encías, algún colutorio y unas pinceladas de vaselina líquida ó aceite mentolado en la mucosa de nariz que hace desaparecer la sensación de sequedad tan desagradable, y hemos visto que mitiga la tos, y añadiendo algo de novocaína aleja las posibilidades del síncope primitivo por la anestesia general, que según las mayores probabilidades procede, casi siempre, del contacto del anestésico. Otro tanto podemos decir de aquéllos focos de amígdalas que son nidos de bacterias, como el estreptococo y pneumococo, que son los más directamente responsables de las complicaciones broncopulmonares postoperatorias en general y de las del abdomen en particular.

El enfermo con pulso pequeño, que todavía apenas ha salido del shock producido por el primer momento de la perforación, contraído, además, por el dolor, es fácil ver que se desenvuelve, y yo le he comprobado muchas veces, en cuanto empieza á absorberse el pantopón ó la morfina, que con el aceite alcanforado se inyecta al mismo; de igual modo que el pulso empujado por los vómitos mejora al cesar éstos, por el mismo procedimiento. Hay que calentar al enfermo y sostener este calentamiento artificial durante la intervención, para lo cual el medio más práctico es envolverle en una manta eléctrica graduable, para sostener una temperatura uniforme. La anestesia es uno de los problemas más serios que hemos de resolver ante un enfermo de perforación con el objeto de que sea lo menos tóxica y lo más rápida posible. Es bien difícil, sin referirnos á cada caso particular, decir qué clase de anestesia conviene á cada enfermo; pero yo personalmente no utilizo la anestesia general (vapores de éter caliente y húmedo ó cloroformo con oxígeno), más que en aquéllos enfermos que parecen tener resistencias, y que de sus antecedentes rápidamente recogidos veamos que no es tuberculoso, cardíaco ó bronquítico, pues el cloroformo, y más aún el éter, lo toleran muy mal desde las primeras inhalaciones y les produce tos, cianosis, etcétera. Es casi siempre la anestesia raquídea la que utilizo, con pocas dosis de anestésico, y practicada la punción al nivel de la octava vértebra dorsal. Si, por la gran distensión



del abdomen ó por producirle dolores, la actitud que hay que adoptar para hacer la punción no es aplicable, lo mejor es, en la mayoría de los casos (así hemos tenido que practicarla), utilizar la anestesia local, y únicamente recurrir á ligeras inhalaciones de vapores anestésicos, si el enfermo se mueve mucho y le resultan dolorosas las primeras manipulaciones, cosa que no es infrecuente observar en los casos en que el tejido subperitoneal está inflamado.

El estado general es menos deficiente cuando el síndrome de la perforación se ha presentado con menos brusquedad, como pasa en aquéllos enfermos que tuvieron crisis de peritonitis parcial en los alrededores de la úlcera, que determinaron tabicamientos por adherencias, y en donde, en realidad, esta defensa peritoneal limita muchas veces con fortuna el proceso y también las probabilidades de propagación al resto de la serosa peritoneal; son aquéllos en que la anestesia local va mejor, sobre todo, si esta «perforación crónica» se presenta ó tiende á formar absceso.

Solemos utilizar en todas las laparotomías los paños húmedos y calientes por los motivos expuestos á propósito de las adherencias, limitando las posibilidades, no sólo de infección añadida á la que probablemente ya hay en el peritoneo, al tener que estar en contacto los órganos contenidos en la cavidad abdominal con la piel, sino también porque el yodo que ordinariamente utilizamos es sabido cómo actúa sobre el endotelio visceral, y por si esto fuera poco, para sostener el calentamiento que contribuya á disminuir el shock operatorio.

Es importante el modo de abrir el peritoneo, pues en ocasiones me he encontrado con la pared del estómago adherida completamente al peritoneo parietal supraumbilical, y que podemos tomar por un espesamiento y ser incindido inopinadamente; por lo cual, y lo mismo que en las intervenciones en frío practicadas en esta mitad superior del abdomen, después de incindir la línea media, tengo la costumbre, hace muchos años, de disecar este plano lo mismo del tejido celular subcutáneo que del subperitoneal, por lo que es más fácil, cuando hago la sutura al finalizar la intervención, coser el peritoneo independientemente de la aponeurosis y no dejar cogido ningún pellizco de serosa en los primeros puntos que se colocan cerca del ombligo, donde por la gran adherencia del peritoneo parietal casi siempre se cogen las dos capas juntas.

Practicando esta maniobra y aplicándola al caso particular que motiva esta digresión, diré que sirve para observar si el peritoneo parietal se deprime con la inspiración y espiración y permite pellizcar con las pinzas de disección el sitio donde esta depresión es más patente y hasta tocar primero con los dedos, por si se interponen en dicho pliegue otros tejidos. En caso contrario, nos es dable comprobar que está inmóvil, engrosado, que no se deja deprimir, lo que significa adherencia, y hemos de hacer la incisión, no precisamente en la línea media, sino en un punto más ó menos alejado de ella.

Es sabido que en algunos casos, la úlcera que determinó una peritonitis adhesiva á la pared, tuvo una tendencia á perforar ésta (caso personal), y ha sido digerida en términos de comunicar la cavidad gástrica casi con la piel, y además tener el síndrome de perforación en la cavidad peritoneal; sin embargo, esto no se hace impunemente sin otro aparato sintomático, pues está casi siempre precedido por la formación de un absceso [que va] hacia el estómago, quedando esta comunicación establecida en forma de botón de camisa. Al hacer, pues, la incisión lateralizada en el peritoneo parietal, en punto no adherente como decíamos, nos permite caer fuera de la zona de adherencias, que fuertes ó laxas

siempre nos deja coger con una pinza, de través la zona de estómago adherida que á la menor tracción tiende á desprenderse de la pared y á derramar, como es consiguiente, el contenido. Este es el momento de proteger con grandes gasas toda la herida para recibir estos líquidos y hasta si es necesario preparar la aspiración del contenido gástrico á través de la perforación, si es bastante amplia, antes de comenzar una amplia resección de estómago, maniobra que nosotros hemos utilizado en alguna ocasión. Es indispensable deshacer rápidamente esta adherencia si la hay con una gasa ó con la tijera; y si no, ya desde el primer momento al abrir el peritoneo saldrá una cierta cantidad de líquido, donde se ve flotar moco y hasta corpúsculos alimenticios, algunas veces fáciles de identificar entre los alimentos ingeridos y que no detallo, pues todos los imaginables me han sido dado encontrar en estas laparotomías de urgencia por perforación. El problema es encontrar el punto perforado; muchas veces no le vemos hasta después de separar un poco el estómago del hígado ó de raspar suavemente la aglutinación amarillenta, que sangra algunas veces al desprenderse y que en ocasiones hace de natural tapón como gesto de defensa del organismo. En el momento de separarse dicho taponcito vemos salir babeando ó con ligero ruido de burbujas el contenido gástrico, y es el momento (sin entretenerse en más detalles) de decidir la norma del resto de la intervención. Si el sitio que sangra está en la curvatura menor, hay que decidirse á prolongar la laparotomía hasta el apéndice xifoides; y si además está muy alto, con la incisión oblicua, incluso la resección del borde cartilaginoso izquierdo, porque, si no hacemos esto pronto, trabajaremos con dificultad y haremos más tracciones sobre el estómago, que inflamado en los bordes y proximidades de la ulceración, está friable y se rompe fácilmente; amplio campo que nos hemos de procurar, pese á los mejores separadores.

Las primeras operaciones que hacemos de curvatura menor, nos producen inquietud, por no haber bastante campo para llegar bien, bajo el diafragma, hasta que nos habituamos á procurarnos una amplia vía de acceso. En los casos avanzados, pero en los que el proceso de defensa ha localizado la reacción peritoneal, vemos abscesos subfrénicos, que hemos de desaguar, y si los tejidos están friables, á éstos limitaremos la intervención. Pero, dentro de la gravedad del proceso, debemos tender á hacer una operación completa, y ésta es: la sutura, una resección circunstancial ó la gastroenterostomía.

La sutura la hacemos siempre precedida de cauterización al galvano; pero no sólo del borde ulceroso, sino reseccando con el asa ó termocauterio en tejido sano, en la periferia de la úlcera, y si es posible en territorio algo alejado de la perforación, pues alguna vez hemos encontrado otra úlcera cuyo borde era tangente á la perforada, y que si hubiéramos dejado, probablemente hubiera seguido el mismo camino de perforación (caso presentado en la Real Academia de Medicina).

En la curvatura menor desprendemos el omento gastrohepático, menos suave, algo endurecido y rojo por la inflamación; hacemos una serie de ligaduras pasando los hilos con aguja pequeña y curva en los vasos más visibles en derredor, y luego de la cauterización, cosemos con catgut crómico la mucosa, colocando puntos de Cushing y reforzando con otra y otra más, musculosa y serosa, invaginando hacia la luz gástrica, al propio tiempo que si la úlcera es pilórica, estrechamos la luz del píloro. Luego bajamos el omento gastrohepático, que nos sirve para reforzar la última invaginación, y si no nos satisface aún, tomamos un trozo de epiplón, y libre le suturamos con puntos marginales,





Si se trata de úlcera de curvatura menor, con estómago pequeño, que desciende poco, hacemos una gastroenterostomía antecólica anterior y una anastomosis al botón de Murphy que hemos introducido en el yeyuno por la incisión de la gastroenterostomía, y que asegura la circulación a pesar de la tensión del colon y probables acodamientos entre la porción aferente y eferente suturada al estómago. Ha sido muy discutido si se debe hacer gastroenterostomía. En los de tipo hipersecretorio absolutamente necesaria, como en los de localización pilórica, y con mayor motivo habiendo estrechado la luz del píloro.

Lo mismo podemos decir de la duodenal, cuyo tratamiento en los casos de perforación es análogo a la gástrica; pero hemos de añadir que aquí la sutura es más delicada, pues la pared es delgada y seguramente debe reforzarse, dada la tendencia que hay en cuanto falla un punto a formar una fistula, casi siempre mortal, si no se toman graves determinaciones no siempre premiadas por el éxito.

No es infrecuente ver la úlcera mesogástrica que, formando estómago bilocular, se adhiere a su vez a la pared anterior y tiende a perforarse. Por regla general deberemos atenernos a hacer la operación más correcta y más rápida que ofrezca menos riesgo para el enfermo; y creo ver que todos los cirujanos están de acuerdo en que, en caso de perforación, la resección de úlcera y antro no es lo más conveniente para un enfermo en potencia de peritonitis por perforación. La cuestión de dejar o no desagüe la resuelvo siempre en el sentido de que si he practicado la operación antes de las seis horas y he podido limpiar bien la cavidad (no siempre se derrama por toda ella el contenido gástrico) y la operación ha sido correcta, hago lavado con éter de la zona de la perforación y de cuanto veo o supongo contaminado, y suture sin desagüe.

En otras me limito a dejar una tira de gasa iniciada en los labios de la herida peritoneal, y muy pocas veces llevo el desagüe al fondo, donde practiqué la sutura.

Si el enfermo es operado después de muchas horas, lo esencial es atender a la peritonitis ya establecida en los términos generales en que intervenimos por laparotomía con vistas a la desinfección de la cavidad y a favorecer la colección y eliminación de líquidos, sostener las fuerzas, etcétera, etc. Si, además de operado después de algún tiempo de ocurrida la perforación, el enfermo está en condiciones de que al abrir veamos un techo de defensas, de adherencias y un absceso debajo, sería prudente nada más llegar a él, y si el estado general es bueno, taponar con gasa húmeda yodofórmica para que a su alrededor se formen defensas que aislen de la cavidad peritoneal, abrir en otra sesión o abrir desde luego, colocando (como hacía el malogrado Raventós, uno de los cirujanos españoles más inteligentes y geniales) grandes compresas de gasas entre pared y vísceras, que dejaba desde el principio de la intervención y abría cuidadosamente el absceso, como en la vesícula biliar, etc.

En ocasiones, lo que tomamos por úlcera perforada, lo es, en efecto, pero de una formación cancerosa, donde no hay otra cosa que hacer sino abrir para desaguar simplemente. La úlcera que se perfora en cara posterior no da un cuadro tan característico como las anteriores; pero, en cambio, suele ir acompañada del correspondiente a una pancreatitis aguda tan grave, que hay que intervenir con rapidez y desaguar a través de la cavidad posterior de los epíplones y región lumbar. En esta región se forman colecciones que se tomaron por quistes quílosos y que son pancreatitis hemorrágicas infectadas, cuyo tratamiento es el mismo.

Se ve con frecuencia la litiasis biliar acompañar o pre-

ceder a los síndromes ulcerosos, y en el caso de la perforación, complicarse el cuadro y la intervención. ¿Está el enfermo para resistir una colecistectomía? Lo regular será que no; y, en este caso, atender la sutura de la úlcera gástrica y hacer colecistostomía vaciando la vesícula y desagüándola, y estamos cerca de hacer lo menos, obteniendo lo más ventajoso.

Uno de los casos de intervención urgente es el de la gastrotomía por estenosis de cardias de cualquier origen, y cuya técnica harto conocida podría ser objeto de nuestra consideración clínica, pues a menos de cuerpo extraño enclavado que dé tiempo a extraer por esofagoscopia o esofagotomía, hay que hacer la fistula gástrica.

Cuando operamos enfermos de peritonitis generalizada o de foco que ya tiende a la generalización, la intoxicación está muy adelantada y hemos de procurar las eliminaciones. El suero artificial sigue siendo buen arma para obtener este resultado, solo o con adrenalina, no en grandes cantidades, casi siempre subcutáneo y entrando con lentitud.

Si el estado es muy grave antes y después de la operación, se puede hacer inyección intravenosa. Mejora el pulso y orina el enfermo, suda en ocasiones y se obtiene una buena descarga obrando rápidamente.

Lob y Osterhout explican los fenómenos de adinamia progresiva y grave en enfermos tratados con suero, por la acción del calcio sobre los elementos nerviosos, cuya eliminación en calcio y en potasio puede llegar al 50 por 100, y esta eliminación lleva aparejada una depresión del sistema nervioso, y por ello propone Schiassi nuevas soluciones fisiológicas, que pudiéramos llamar compensadoras. Así, los cloruros de sodio y potasio tienden a combatir la adinamia; contra la acidosis, el bicarbonato.

El suero glucosado se emplea con alguna frecuencia por ser diurético y tónico cardíaco. Estos sueros se aplican y con resultado, gota a gota, por vía rectal a lo Murphy. No siempre se tolera bien. Es discutido si se deben emplear como en las grandes infecciones los metales coloidales, así como vacunas colibacilares y suero de caballo.

Nuestra impresión (nuestra costumbre) es combatir la infección general por los medios clásicos. Esto es, si prevalece el estreptococo (como sucede en las infecciones peritoneales cuando no va asociado al pneumococo, caso frecuente), utilizar éstos, bien solos o combinados (bronconeumoserum de algunos laboratorios), pero en grandes cantidades, no en dosis de 20 ó 40 c. c., sino llegando a 100 ó más al día. Alternando con inyecciones de sublimado o cianuro, pues los sueros no específicos obran con las proteínas, y es una proteinoterapia no específica lo que hacemos con ellos: como dice Durán de Cottés. La proteinoterapia no específica que hacemos con las inyecciones de leche, caseosán, etc., creemos que van bien, a juzgar por el resultado de nuestra práctica en peritonitis no tan agudas y de foco.

En cambio, hemos atribuido la salvación de algunos enfermos al lavado correcto del foco primitivo con éter y a la inyección intravenosa de urotropina en soluciones de gran concentración, tratamiento que se ha generalizado mucho, pero del que creemos no se puede decir que sea una adquisición definitiva, sobre todo, por lo que respecta a poder fiar en él todo. Creemos que antes y después de la laparotomía es útil su empleo.

*Embarazo ectópico.*—Los signos precoces de embarazo ectópico son menos conocidos e ignorados, como dice Sproat Heaney, de la generalidad de los médicos, debido, sin duda a que las descripciones clásicas detallan y hacen resaltar los síntomas del embarazo cuando está muy adelantado o cuando se rompe.



En efecto; en todos los países, en España hasta hace unos cuantos años, puede decirse que á partir del profesor Fargas y conde de San Diego, no se diagnosticaba el embarazo ectópico hasta que las enfermas tenían los primeros síntomas de ruptura. Luego, y recogiendo los signos que han precedido al cuadro cataclísmico, se ha podido ir diagnosticando alguna vez cuando está á punto de romperse. De aquí se deduce que en la estadística de intervenciones operatorias ha disminuido el número de los motivados por ruptura, pero ha aumentado el de los intervenidos sin ella, y por ende el de curación de dicha enfermedad, basándose en un mejor diagnóstico que al fin es un diagnóstico precoz. La lucha contra cualquier enfermedad que abunda y mata, no sólo ha de hacerse mejorando la terapéutica, sino á base del estudio de signos precoces ó de aquellos estados que la preparan.

Es la profilaxia fundamento de la higiene. En las epidemias se estudia el modo cómo pueden presentarse, cómo se diagnostican y cómo se curan; pero es hermoso ideal que las medidas preventivas sean tan eficaces que no haga falta tomar otras por haber producido invasiones ó víctimas.

De modo análogo se van estudiando también en Cirugía los estados precancerosos, para tratarlos y curarlos antes de tener que curar y tratar el caso confirmado.

Así, pues, y volviendo al embarazo ectópico, decíamos que, en efecto, entre operar enfermas con hemorragia y shock y tener que intervenir simplemente, como lo hacemos, por lesiones anexas preparadas las enfermas, bien estudiadas del lado del corazón, riñón, pulmón y de glándulas endocrinas, á tener que atropellarlo todo por ser una indicación vital (y ante esto no hay contraindicación de intervenir), hay una notable diferencia. No debe olvidarse la frecuencia con que en clínica quirúrgica vemos la hemofilia, y esta importancia resalta aun más, cuando la lesión que plantea ó puede plantear la intervención es fundamentalmente hemorrágica. Por algún caso en que tuve hace años que intervenir por ruptura de embarazo ectópico y había hemofilia, constantemente investigo este antecedente para proceder en consecuencia.

No puedo ocuparme, sin salirme de mis propósitos, en el concepto clínico que abarca la gestación ectópica para incluir los casos en que el óvulo se implanta en el útero, pero por fuera de su cavidad normal; circunscribiéndonos á la forma corriente, recordando que en 1883 Tait operó el primer embarazo extrauterino, dando interés anatómico, como dice Whitridge, hoy convertido en interés práctico importante, á este síndrome. Parece probable que las lesiones gonocócicas preparan favorablemente su presentación. Los tumores en la pared de la trompa, los casos atribuidos á pólipos tubáricos ó tomando como tales á formaciones de divertículos que se desarrollan hacia la luz tubárica y situados entre el saco fetal y el útero, los que pueden ser restos de pequeños abscesos vaciados por su luz ó congénitos, ó franjas tapadas por tejido de formación secundario, que son impermeables al cateterismo y donde se detiene el huevo. Las salpingitis con la destrucción de su epitelio ciliar, cuyo papel (mal interpretado por Tait y Schroeder) permitió creer que el espermatozoo era favorecido en su marcha ascendente, porque libre de pestañas el epitelio ciliar, aún tenía más libre el camino; siendo así que estudios posteriores han demostrado lo contrario, esto es, que el espermatozoo tiene que luchar con las pestañas dispuestas como para expulsarle de la cavidad del útero.

El hecho más interesante es el demostrado al encontrar en animales y en especie humana espermatozoo en la pared lateral de la trompa y aun en la superficie del ovario. Al-

gunas variedades, por estar relacionadas con síndromes algo diferentes del clásico de la ruptura, y que dependiendo de un desarrollo extrauterino del huevo motivan intervención urgente, se parecen más al cuadro de torcedura de pedículo ó infección aguda de un quiste que á la hemorragia abdominal. Por ello, y considerando la evolución del embarazo, llegaremos á determinar en qué casos y por qué mecanismos se ofrecen los síndromes agudos y por ende las intervenciones de urgencia. Sabidas son las diferentes modalidades del embarazo ectópico que se presentan en ovario, en trompa y en abdomen. En el primero se nos ofrece una implantación del huevo de la manera más análoga á como se verifica en el útero, excepto en que falta una caduca definida, de modo que el ectodermo fetal invade el estroma del ovario y penetra en los vasos sanguíneos.

Según algunos autores ingleses y americanos, el embarazo tubárico es el único ó casi único que dicen puede observarse. En cualquier punto de su trayecto, y expuesto á las mismas vicisitudes, tan detalladamente descritas por Recasens, el huevo parece ser que nunca queda en la superficie de la trompa, sino que penetra á través del epitelio tubárico y viene á alojarse en el tejido situado inmediatamente por debajo de dicho epitelio.

En este tiempo su periferia ha constituido una cápsula de células ectodérmicas rápidamente proliferantes: los trofoblastos. Estas células invaden rápidamente los tejidos de alrededor, y como la trompa no posee submucosa, aquéllos casi inmediatamente se ponen en contacto con la musculatura subyacente y van penetrando en las fibras de la misma. (Kelly.)

Es evidente que convence la explicación del mismo autor, de que poseen los trofoblastos propiedades invasoras por su rápida proliferación y acción corrosiva para los tejidos circundantes.

No hiciéramos mención de estos detalles de anatomía si no fuera para significar que las distintas terminaciones del embarazo ectópico dependen muchas veces de su modo de implantarse; pero la regla general es la ruptura intratubárica, llamada también aborto tubárico, á mi juicio impropriamente, pues llamando ruptura puede oponerse al término de «extratubárica abdominal». La membrana capsular, horadada por los elementos fetales, se rompe; ó bien al aumentar la presión bruscamente dentro del huevo, cede.

Sea cualquiera el mecanismo de producción de la hemorragia que se insinúa entre la pared tubárica y el huevo, es la separación del mismo, que, falto de adherencias y conexiones, va á parar á la luz de la trompa el resultado. La hemorragia precisamente provoca la contracción al aumentar la presión de la trompa y proyectar el huevo hacia los parajes más externos, pudiendo caer en el peritoneo.

Las rupturas no totales permiten que el huevo tenga sosten y nutrición y siga viviendo; y así se verifican, como opinan la mayoría de los tratadistas, abortos completos ó incompletos, como en el útero. Si la hemorragia es grande y la expulsión no se verifica, da origen á un hematocele, siendo los síndromes de menos intensidad, y permite la exploración comprobar la distensión del fondo de Douglas y desviación del útero, sufriendo luego este hematocele distinta modificación hacia la absorción total ó la infección. Las rupturas completas hacen cesar la hemorragia, derramándose ó no en la cavidad peritoneal, y de aquí que las que no lo son puedan determinar al principio pocos síntomas, ó mejor dicho, síndromes poco intensos, pero con exacerbaciones, y cuya sucesión puede calcularse (por verse en el peritoneo) por los signos de reacción de la serosa y el estado del pulso, shock y síncope.



Se comprende que si en la misma trompa se verifica la implantación del huevo, siendo fácil su distensión, sea también menos frecuente la ruptura que en la porción tubárica, más estrecha, y que sea dable llegar á mayor edad el embarazo, en ocasiones á término. Después de tres ó cuatro meses menos frecuente la ruptura; y en nulpáras, que en condiciones de quedar embarazadas después de varios años de relaciones sexuales, el problema sería permitir mayor desarrollo, pues no es la vez primera que se obtiene feto vivo. Aún hay más: al intervenir Wallace una enferma de enucleación de fibroma, ve un embarazo ectópico, y diseca cuidadosamente el huevo para llevarlo á la cavidad uterina puesta al descubierto al hacer la enucleación y sutura, obteniendo un embarazo á término con feto vivo en una mujer de veintisiete años, caso que se reputaba como único en la fecha de su publicación. Así también se ha observado la implantación subcutánea de huevo humano por Streater. Por excepcionales que sean los embarazos primitivos y secundarios en la cavidad abdominal, donde las adherencias de la implantación del huevo son á veces raras y alejadas de la pelvis, no es menos cierto que Leopold encontró un caso de útero en gestación, roto al cuarto mes, en que el feto hallábase libre en la cavidad peritoneal, y el cordón saliendo de una herida cicatrizada del útero, donde la placenta estaba implantada. Según este proceso, cuyos detalles sería prolijo transcribir, es sabido que puede vivir el huevo, absorberse ó transformarse en litopedión, ó también expulsarse al exterior á través de órganos próximos, después de haber sido para la madre un quiste fetal, sin más síntomas ó molestias que un tumor abdominal de moderado tamaño, sin tendencia á crecer.

De expulsión por la vejiga hay ya publicados varios casos; el feto se ha momificado y queda únicamente el esqueleto; inféctase luego, y al adherirse por la peritonitis circunscrita á la vejiga con la supuración, van cayendo en su cavidad y luego al exterior uno á uno los huesos, ó dejándose incrustar de sales, dando los síntomas de cuerpo extraño ó, hablando más propiamente, cálculo vesical. De los más interesantes que se conocen en la literatura es el presentado por Botín en el Instituto Rubio, muy bien historiado, recientemente. La enferma, de más de cincuenta años, llevaba muchos en su abdomen el quiste fetal. El Dr. Torre Blanco, uno de los ginecólogos españoles que mejor han tratado el embarazo extrauterino, y á quien se debe la aportación personal y bibliográfica más importante sobre este asunto en nuestro idioma, habla de otros procesos genitales que pueden confundirse con el embarazo ectópico; y al insistir en este punto, tratado por él con anterioridad al ocuparse del embarazo extrauterino dos años antes y con gran sentido clínico, dice: «que los procesos anexiales crónicos, tumoraciones pélvicas (bien uterinas, bien de anejos), desviaciones de matriz, etc., etc., pueden prestarse á confusión, por lo que á embarazo ectópico se refiere; pero como estos procesos, por sus caracteres crónicos, no suelen dar sintomatología aguda, más que á confundirlos con accidentes cataclísmicos, podrían conducir á error en casos de gestaciones ectópicas sin romper».

Lo mismo Torre Blanco que el malogrado Becerro de Bengoa, de grata memoria, desde el campo ginecológico, y nosotros desde el de la Cirugía general, hemos hecho observar procesos patológicos que no son gestaciones ectópicas, y que en un momento dado pueden dar una sintomatología muy semejante á los accidentes cataclísmicos.

Nuestros casos se refieren á enfermas con lesiones anexiales y apendiculares crónicas, que en un cierto momento de su evolución pueden parecerse en sus manifestaciones

clínicas al embarazo, sobre todo por lo que respecta al hematocele. Revisadas por Wesley las causas de hematoceles que no hayan sido originados por embarazo extrauterino, las reúne, según anota Chifolian, así: varicocele tuboovárico, ruptura de quistes prolíferos, ruptura traumática del útero, torsión de pedículo de fibromas uterinos, hematosalpinx, rasgadura de la trompa, útero bicornes, asociados ó voluminosos, ovario, parovario, trompa de Falopio y útero.

El ovario es origen muy frecuente de hemorragia y hematocele, y cuya sangre procede de un folículo de De Graaf, del cuerpo amarillo, del estroma ó tumores del ovario.

Tres casos muy interesantes refiere Moore de ruptura de cuerpo amarillo, sin que en ninguno se haya hecho el diagnóstico antes de la operación; y al referirse á otros doce que comenta, hace observar cómo coexisten con apendicitis, explicando á su manera y atribuyendo á los esfuerzos del vómito apendicular la ruptura.

Los casos de hemorragia ovárica ó tubaria de mediana intensidad se atribuyen coexistiendo con las reglas á las molestias inherentes á este estado, pues las formas graves tienen síntomas de hemorragia intraperitoneal, y para intervenirlas de urgencia no hace falta utilizar mucho respecto á su origen. Eso sí, si luego de intervenir se estudia aquél y se anota; no son todos los autores tan sinceros como Moore; al confesar que no se diagnostican antes de intervenir muchos de ellos.

Queriendo investigar algunas veces la causa de dolores y molestias, se diagnostican alguna los varicoceles del ligamento ancho, por analogía al del testículo en el hombre; opinando Engelman que no es suficiente la ligadura de las venas del ligamento ancho, sino la extirpación con el anejo correspondiente, si no queremos exponernos á una ruptura y hematocele.

Es, pues, necesario cuanto antecede para que al diagnosticar, no ya embarazo extrauterino (hablamos simplemente de hemorragia intraperitoneal y dolor), sepamos cómo interpretar los síntomas y seguir su curso para proceder en consecuencia.

Dado que las investigaciones clínicas más serias y escrupulosas demuestran la evidencia de poderse presentar hemorragia sin embarazo extrauterino, el simple retardo de las reglas, si no va acompañado de expulsión de caduca, tampoco puede ayudar al diagnóstico; y, sin embargo, hay que conservar en nuestra memoria la posibilidad de la hemorragia intraperitoneal, sin otros síntomas.

Así resulta que Schieele (de la Clínica de Obstetricia y Ginecología de Strasburgo), comentando la crítica de Forssner, le reprocha ligereza al estudiar los casos que detalla, aun los en que se ha hecho una investigación en la sangre derramada en la cavidad peritoneal y en los coágulos, con el objeto de encontrar restos fetales escondidos ó vellosidades de un huevo muy pequeño. Y si esta posibilidad no puede negarse, hay que probar con evidencia que la inundación peritoneal es debida á la ruptura de un cuerpo amarillo. Una de las observaciones, cuyo examen histológico severo es una garantía, parece probada; y no habiendo signos clínicos de embarazo ha salido la sangre fuera de la membrana luteínica en estado de vascularización, escurriendo cual de una esponja, habiéndose verificado la ruptura del folículo inmediatamente después de las reglas sin retardo. No se debe olvidar que hay momentos de shock obstétrico como se han venido describiendo en los últimos años, que se distinguen bien claramente de la hemorragia interna por el pulso lento y por presentarse después de una emoción violenta, como una contracción particularmente enérgica y muy dolorosa del útero después de un aborto.



Sería demasiado pretender, en todos los casos, acertar el diagnóstico exacto de la causa promotora de la hemorragia; pero si se tienen en cuenta la historia genital de la enferma, faltas habidas, embarazos anteriores (si los hubo), signos de embarazo (pasado genital, en una palabra), no basta, como decimos, ese cuadro. Analizando la historia anterior del embarazo ectópico reciente, al comentar la importancia de la amenorrea, se ha expuesto el hecho de que la mayoría de las mujeres afectas y operadas no dudaban de su embarazo. A menudo las reglas se retardan ó modifican; pérdidas poco abundantes (pocas horas) para aparecer después de intervalos irregulares, líquidas ó con coágulos que las hace pensar, al creerse embarazadas, que pueda ser un aborto. Por ello se puede decir, que toda mujer que presenta el cuadro de un aborto probable, completo ó incompleto, debe ser examinada con la idea de que puede tratarse de un embarazo extrauterino, si los dolores ó sus molestias tienen su asiento lateral y no central, á nivel del útero. En mi clínica del Hospital de la Princesa, como en mi clínica privada, si tengo una enferma á la que no he asistido al comienzo del aborto, en cuanto tenga duda de que se trate de aborto, uterino, por los antecedentes y la exploración, la anoto, para vigilarla después de dada de alta, con vistas á sucesivas exploraciones.

Por lo que se refiere al tamaño, el aumento de volumen del útero no prueba nada, pues cuando sobreviene la ruptura, casi siempre antes de que el útero pueda tener aumento apreciable, si es ectópico, es embarazo joven. En cambio, encontrando útero pequeño, indica sospecha de embarazo ectópico con cólico y pérdida de sangre intermitente. El dolor y cuadro abdominal agudo y dramático es producido en ocasiones de crisis atenuadas que hay que saber aprovechar para intervenir rápidamente, pues con razón dice Recasens que las más dramáticas, las más graves hemorragias proceden de los abortos tubarios incompletos.

Cuando se verifica la ruptura de una vez, no siempre es tan grave, pues cesa pronto, y aunque el estado local dé signos de protesta, el estado general mejora y permite intervenir con mejor éxito.

Lo que sí puede decirse es, que no corresponde, hoy por hoy, el estudio serio y continuado de la anatomía patológica, con el diagnóstico clínico, si bien más á menudo se hace pronto y se diagnostica el embarazo extrauterino precoz, sin ruptura.

Si interviene el cirujano con más frecuencia en casos de ruptura ó de aborto tubárico, es porque sin romper, y durante cinco ó seis semanas, no suele producir molestia á la enferma, ó á lo sumo parecidas á las que tuviera como embarazada en anteriores ocasiones, ó si es primípara se atribuyen también á estos motivos de probable gestación. Ahora bien; sus dolores, pesadez, vómitos, etc., si se presentan con más agudeza y gravedad, entonces su médico interviene; y es el momento decisivo para el porvenir y para el presente de la enferma, la interpretación de los síntomas y el plantear la intervención. La menor sospecha debe motivar la consulta con el ginecólogo, y tanto más, cuanto que los síntomas vayan lenta ó rápidamente en aumento. Cuando es latente y sin complicaciones, no hay más que fenómenos reflejos de embarazo reciente, retardo de reglas desde unos días á dos meses y medio, malestar é insomnio, signos objetivos en las mamas, los que el embarazo provoca casi siempre. Ligero aumento del útero y mayor blandura, y ya en ocasiones hasta ligera desviación, pudiéndose percibir algún tumor pulsátil y liso, y si se comprueba, más en un lado que en otro, en el que se nota más pulsátil, será el lado afecto. Apenas dolores espontáneos ó á la palpación, salvo cólicos intermitentes.

Cuando hacemos el tacto combinado en el embarazo intersticial, hay cierta tumefacción en la zona de los cuernos uterinos, y en otras variedades se encuentran: tumor en los fondos de saco laterales, blando, renitente, indoloro, alto, liso y libre, en ocasiones ovoide el embarazo ístmico, más globuloso en los ampulares, según Henault. En éstos hay alguna distancia entre el fondo del útero y globo palpable del quiste gravídico, pero es posible que se mueva con el útero. También algunos han percibido contracciones de la trompa que al cesar por la morfina dejan más blando el quiste. Muchos operadores lo han percibido después de estrujar el huevo; Spinelli ha podido asegurarse de que los movimientos antiperistálticos de la trompa van del útero hacia fuera y explican la expulsión abdominal del huevo, á lo que Bumam da gran importancia diagnóstica, y ha visto se acompañan de calambres intermitentes y espasmo anovesical. Otras lesiones, sin embargo, pueden producir las, como los quistes dermoides y piosalpinx.

Algunos preconizan la colpotomía para asegurar el diagnóstico, siendo menos grave, facilitada, por la valva iluminadora de Ott. El hecho de preconizar este diagnóstico *de visu* señala las dificultades clínicas que se presentan. Si hay metrorragia acompañando á los síntomas anteriores, el caso es más claro, pero ya nos pone en los linderos de considerar el embarazo ectópico cerca de ruptura ó el aborto. Se han visto coincidir embarazo uterino y tubárico á un tiempo (Jaschke y Pankow). Otros, muy pocos, comprobaron en la intervención el ectópico, y después de horas se expulsó un huevo uterino. La hemorragia uterina que á la enferma se le presenta, en apariencia vaginal, es el primer síntoma que de ordinario le asusta, pues se creía embarazada y en ocasiones su médico ha confirmado el embarazo. Si no es así, y no ha tenido supresión de reglas, le choca, sin embargo, la aparición brusca de la hemorragia y el dolor distinto de otras veces. El color, duración de estas hemorragias, distintas de la regla corriente, es fácil comprobar; nunca es sangre roja viva, sino negruzca.

Dura algunas veces días y semanas, con expulsión de «pellejos», dicen las enfermas, trozos de caduca uterina. Si siempre se presentara sería patognomónico, pero no siempre sucede así; con todo, al acentuarse la hemorragia, al verificarse el aborto tubárico ó la ruptura con la sola diferencia de cesar ó continuar el derrame sanguíneo en la cavidad peritoneal, el cuadro agudo de abdomen nos llama la atención, la exploración se impone; el pulso frecuente, con ligera elevación de temperatura ó normal, no se recupera más que con la administración de suero, y vuelve á caer la tensión y aumentar la frecuencia. La enferma con los ojos hundidos, pálida, vomitando con intervalos de calma ó desvanecida, tiene el abdomen contraído, sobre todo en su porción infraumbilical; algunas veces más en un lado; y por la vagina, encontramos las más de las veces los fondos de saco ocupados por coágulos, dando una sensación de renitencia.

Si hay menos contractura, podrán percibirse algunos matices de los que comentábamos hace un momento. Si las hemorragias intraabdominal y vaginal han cesado, mejora algo la enferma, pero vuelve muchas veces á colapsarse, y el cuadro general puede decirse que está pendiente de la cantidad de sangre derramada y dónde, y de la reacción peritoneal. Las adherencias del quiste fetal á órganos próximos ó al desarrollarse en el espesor del ligamento ancho, limitan la intensidad del cuadro ó lo acentúan; si es libre el derrame, es preciso intervenir. No cabe que el médico general quiera ver «si reacciona», sino intentar hacerlo, pero poniéndola ya en manos del cirujano. Lo mismo que en la



oclusión, en la perforación, en la infección aguda del abdomen, es cuestión de plantear el tratamiento quirúrgico como se formula una receta, con la misma sencillez. Es muy doloroso decirlo (no íbamos á dejar de tratar este punto, del que ya indicamos algo en capítulos anteriores), pero la mayor parte de las enfermas que llegan á nuestras manos, si no han tenido metrorragia, pocas veces se ve la tendencia del médico general á entregar la enferma. Juzgo por lo que á mí me pasa en ocasiones, aun diagnosticada la enferma, dicho sea en honor del médico de cabecera, el cirujano llega unas horas ó momentos antes de quemura, cuando no cabe hacer nada en gran número de casos. No hay que perder de vista que el mayor número de los que ocurren son de modesta posición, y en una casa pobre es difícil improvisar una intervención de urgencia.

Los traslados rápidos al hospital, deficientes en Madrid para estas lesiones, son contraproducentes y perjudiciales y acentúan la gravedad cuando no produzcan la muerte. ¿A qué esperar tanto? Por muy bien montado que tenga su servicio auxiliar un cirujano, un ginecólogo, no puede, en manera alguna intentar, como se debe, una laparotomía *in extremis*, pues cuando se hace así fuera del ambiente adecuado, se va al fracaso ó á la muerte. Y es entonces cuando el médico general que hace un pronóstico fatal de la intervención, se lleva la razón diciendo: «Ya decía yo que se moriría la enferma.» Una de dos: ó los médicos de visita se deciden á llamar al cirujano en estos casos de abdomen agudo y que los dos vigilen la enferma juntos, si da tiempo para ello, ó que el cirujano se decida á intervenir (el médico salva su responsabilidad cuando la toma junto con el cirujano), ó bien los médicos generales deben hacerse cirujanos todos para intervenir por su cuenta; que sería lo más cuerdo en bien de la enferma.

Me permito insistir. La noble ambición de todo el que trabaja es tener escogida clientela, que retribuya bien, ó al menos decorosamente, un servicio quirúrgico de importancia; pero esto no se consigue más que con los años, la práctica, después de haber tenido éxitos y fracasos, y cuando el crédito profesional bien cimentado permite escoger clientes (dejamos aparte el enfermo de hospital) que paguen. Pero pocos son los que llegan á las alturas; y, en cambio, se les llama para enfermos cuya holgura económica no les permite siquiera vivir medianamente, mucho menos poder atender á estas catástrofes de la salud, que para muchas familias lo son también de su peculio. Finalmente, hablando con toda claridad, veamos cómo se verifica la asistencia médica de las clases pobres y de la llamada *clase media*. Los pobres acuden á una consulta de hospital, casa de socorro, consultorio, etc., etc., si pueden levantarse de la cama; y allí, si es en el hospital, ante lesión grave y urgente son admitidos. Si no es consulta de hospital, fijémonos en el recorrido de esta asistencia: Enfermo pobre de verdad (sabemos que muchos no lo son), que no va á la consulta de hospital y sí á la de dispensario, que no tiene camas, ó si las tiene han de abonar por la estancia una cantidad, aunque pequeña (si no, no puede quedarse), se le manda al hospital. En este recorrido ya se pierden tiempo, fuerzas, oportunidad, etc.

Si la enferma tiene los primeros accidentes en su casa y es pobre, llama á la Casa de Socorro, donde el médico de turno (que tiene en su distrito muchas salidas) ordena lo conveniente, y que se avise al médico de Sección ó al tocólogo del distrito; otras horas, otra espera; el médico correspondiente diagnostica, hace que la enferma vaya al hospital ó á la Casa de Socorro, que tiene servicio quirúrgico especial y camas. Dos camilleros van por la enferma, la llevan á su destino, y todo esto pasa algunas veces en un tiempo no menor de cuarenta y ocho horas ó más.

¡Cuántas veces se habrá perdido la oportunidad de intervenir!

La enferma es pobre, de clase trabajadora, pero tiene una Sociedad, donde médico, botica y entierro le cuesta un tanto al mes (lo que le interesa es la botica y el entierro), y el pobre médico de la Sociedad, abrumado de trabajo, no puede vigilar dos ó tres veces al día la marcha de un cuadro clínico de tal gravedad, y hasta le es difícil convencer á la familia de que hay que operar. Como la Sociedad no proporciona este servicio, hay que venir al hospital. En estas casas de pobre apariencia ó de gigantescas y lujosas fachadas se esconden los dramas de la salud más terribles que puedan abrumar á los habitantes de una gran ciudad. En cuartos de tres habitaciones á lo sumo, comprendida la cocina (es alcoba, comedor y dormitorio en una sola pieza), ¿es posible intervenir? De ninguna manera. Hay que trasladar á los enfermos rápidamente al hospital. En Madrid, imposible. Este servicio es una vergüenza.

Debe ser municipal, ó si se quiere de cada hospital, pero hay que organizarlo en términos que deje de estar como hoy está, haciéndose por los camilleros que empujan una camilla con ruedas sobre el magnífico (?) pavimento de Madrid en las peores condiciones, ó avisando á las Comisiones de distrito de la Cruz Roja, que lo hacen si se avisa con tiempo, para que se disponga lo que llaman *la fuerza*; esto no puede seguir así, y hay que llamar la atención de las autoridades para establecer inmediatamente estos servicios, como deben tenerse en los países civilizados.

(Concluirá.)

## Bibliografía. (1)

ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA PIEL, por los profesores G. Riehl, de Viena, y Leo V. Zumbach, de Munich.

La casa editorial Saturnino Calleja, de Madrid, ha publicado la primera parte del *Atlas de enfermedades de la piel*, de Riehl y Zumbach, que contiene las enfermedades infecciosas de la piel. Es un alarde de arte, de suntuosidad editorial y de verismo. No conocemos ningún Atlas semejante á este que hoy presenta al público médico la casa Calleja y estamos seguros de su éxito editorial rotundo. Quien desee conocer unos cuantos casos típicos de alteraciones cutáneas, tales y como la naturaleza las presenta, que ojee este Atlas, cuya terminación formará el más hermoso museo de dermatología imaginable.

Según nos dicen en el prólogo los autores, todas las láminas han sido obtenidas por el procedimiento del *uvacromo*, fiel reproducción del natural sin dibujos sobreañadidos ni retoques. La *Uvachromgesellschaft m. b. H.* de Munich ha contribuido al mayor esplendor de esta publicación, hoy única fuera de los países de lengua germánica.

Esperamos que á esta primera parte seguirán otras que iremos presentando á nuestros lectores hasta completar la obra.

DR. ANGEL PULIDO MARTIN

LA SANTÉ AU FOYER.—Guía médica de la familia, por el Dr. Marcel Labbé, profesor de la Facultad de Medicina, miembro de la Academia de Medicina, con la colaboración de los profesores Hutinel, Merklen y Richand, de los Dres. Debré, Desfosse, Devraigne, Dufestel, Kendirjy, Le Gendre, Cl. Simón, Siredey y de las señoras Ollivier y Goujon.—Un volumen de 664 páginas con 292 grabados, en francés, 22 francos.—Gaston Doyné, editor, Plaza del Odeon, 8, París (VI<sup>a</sup>).

En este libro se halla reunido cuanto interesa conocer al público en lo que respecta á la higiene de las distintas

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



circunstancias de la vida desde los primeros á los últimos de sus días. La higiene de la procreación no ha sido olvidada, y las madres encontrarán también en él cuanto concierne á la crianza, vestido y trato de los recién nacidos.

La higiene de la infancia y la adolescencia se trata en unión del importante aspecto de la educación física y de los deportes, el tan delicado de la educación moral, el empleo de las vacaciones, la organización de los estudios en los colegios, etc.; se consagra un capítulo á la educación sexual de los jóvenes de ambos sexos, que es de notable ayuda para los padres.

Comprende, además, cuantas nociones de higiene interesa conocer á un hombre, padre de familia, para dirigir convenientemente su vida y la de su mujer é hijos.

Las madres aprenderán en él á organizar agradable y saludablemente el interior de su hogar, á preparar una buena cocina, etc. Hay un capítulo dedicado al gabinete de aseo íntimo y sus secretos.

En fin, en este libro aprenderá la madre á transformarse en enfermera de sus hijos y familia en los casos de enfermedad ó accidente.

*La santé au foyer* resume todo aquello que habitualmente es preciso buscar en tratados diversos sobre crianza, alimentación, higiene, cuidado de la belleza, práctica de enfermería, etc., etc.

Debe, pues, estimarse como un libro de manejo diario y fácil para los padres de familia y tiene un lugar indicado en todos los hogares.

F. J. C.

## Periódicos médicos.

### TERAPEUTICA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El tratamiento combinado por la cal y el salvarsán, por los Dres. F. Jakobson y Sklarz.**—Durante los últimos tiempos de la guerra llamaron la atención los autores acerca de la importancia de la alteración del equilibrio de los iones de potasio y calcio en la producción de los accidentes salvarsánicos. Por entonces, se produjo una especie de epidemia de estos accidentes, que los autores atribuyeron al aumento de los iones de potasio en las células y alrededor de ellas, á expensas de los de calcio, aumento debido á la alimentación predominantemente vegetal de entonces. Experimentalmente demostraron que dosis pequeñas de salvarsán (por tanto de arsénico) que no producían alteración alguna en los conejos, los mataban rápidamente por shock cuando se combinaban con dosis pequeñas de potasio, mientras que por otro lado, las dosis elevadas de cal, paralizaban esta acción mortal de la combinación de arsénico y potasio. Fundados en esta observación, los autores empezaron á emplear con buen resultado la administración de calcio por la boca ó en inyección, á los enfermos muy sensibles al salvarsán.

Los autores han empleado para sus experimentos cloruro cálcico cristalizado purísimo en solución reciente al 10 por 100 en agua destilada, ó bien ampollas de la misma solución preparadas por la casa Merck, que contienen cada una 5 c. c. de solución. En el contenido de una de estas ampollas disuelven el neosalvarsán, lo cual se hace con la mayor facilidad. Los salvarsanes metálicos dan precipitados en esta solución (especialmente el de plata), y, por tanto, no sirven para esta forma de aplicación. Conviene practicar la inyección lentamente y advertir al enfermo que poco á poco

de empezar, sentirá una sensación de calor que desaparecerá en seguida. Debe evitarse aspirar mucha sangre en la jeringa, porque se suelen formar coágulos. Para aumentar más la proporción de cal del organismo, hacen que durante el tratamiento tomen los enfermos cal por vía gástrica.

La acción del calcio en estos casos depende, según los autores, del efecto que ejerce sobre el sistema nervioso vegetativo, pues en entender de ellos existe una relación estrecha entre el equilibrio de los iones y el de las hormonas, y, por tanto, el de las glándulas endocrinas y sistema nervioso vegetativo. Creen que la aplicación del calcio está indicada especialmente en los enfermos que tienen mala tolerancia para el neosalvarsán disuelto de la forma corriente, manifestada por dermatitis, alteraciones del hígado, reacciones de Herxheimer; en cambio, no han encontrado contraindicación alguna á su empleo. (*Klinische Wochenschrift*, 8 de Julio de 1924.)

### CIRUGIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Un caso de forunculosis renal.**—El Dr. Toral publica el siguiente instructivo caso clínico:

Se trata de una enferma á quien, después de una serie de forúnculos del brazo, de un flemón difuso y de pasar una serie de incidencias, en la que se le operó de una apendicitis que no existía y se la consideró como tuberculosa por no desaparecer las temperaturas, al hacer una detenida exploración se apreciaron todos los síntomas de un flemón perinefrítico; una punción exploradora confirma el diagnóstico, obteniendo pus, que por siembra da estafilococos purísimos.

Se dilata el absceso, se colocan tubos de drenaje, y la enferma mejora rápidamente.

Pero á los dos meses reaparecen las temperaturas, y creyendo se trate de algún fondo de saco que no se haya vaciado, se vuelve á intervenir; pero esta vez se llega hasta el riñón y se le explora detenidamente. Todo el riñón estaba lleno, acibillado de forúnculos, de los que por tracción con la pinza se extraían trozos de tejido esfacelado, como el clavo del forúnculo ordinario, y que atravesaban la sustancia cortical.

En el tiempo que duró la cura, sin cerrar la herida lumbar, la enferma de vez en cuando orinaba por la herida, lo que indicaba que algún forúnculo más profundo se eliminaba y dejaba interesado el parénquima renal.

La enferma, después de un período de tres meses, curó completamente.

No creo que en la literatura urológica se haya expuesto un caso parecido. (*Revista Española de Cirugía y Urología*, Julio de 1924.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento de los retardos de consolidación de las fracturas de los huesos por el suero de fracturados, por L. Leorat.**—En un estudio general que hace el autor acerca de todos los convaseros ó sueros de convaleciente empleados hasta el día, incluye también el suero de fracturados. Este ha sido aplicado en inyecciones subcutáneas por Imbert, Marini y Chauvin, en seis casos de pseudoartrosis y de retardos de consolidación con «resultados maravillosos».

Las razones que hicieron concebir la idea de esta terapéutica son las siguientes: En las insuficiencias endocrinas se hace ordinariamente mal la consolidación de las fracturas. Parece indudable que cuando se produce una fractura se elaboran ciertas diastasis en el foco de la mis-



ma, el cual queda en cierto modo convertido en una especie de glándula endocrina puesto que dichas diastasas pasan a la sangre para favorecer la fijación de las sales de calcio en el punto fracturado. Resulta, pues, lógico, según esto, inyectar un suero de fracturado que contenga tales diastasas en todos aquellos casos de pseudoartrosis ó de retardo de consolidación no justificados por las condiciones anatómicas. Para que el suero sanguíneo sea eficaz, es preciso que pertenezca a un sujeto con una fractura en vías de consolidación, poseyendo la máxima actividad el que se extrae a los veintisiete días de haber ocurrido la rotura.

Claro es que los donadores habrán de ser vigorosos, no padecerán enfermedades infecciosas y darán una reacción de Wassermann negativa. Son suficientes 5 c. c. de suero en inyección subcutánea, pudiendo también utilizarse la vía endovenosa. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 58 de 19 de Julio de 1924.)—T. R. Y.

## RADIOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Rayos X y coagulación sanguínea, por Pagnier, Marina y Solomón.**—Es un hecho conocido desde hace unos años y demostrado de un modo indiscutible por muy diversos observadores, el de que los rayos X tienen la curiosa propiedad de activar la coagulación de la sangre; lo cual está llamado a prestar grandes servicios terapéuticos. El acortamiento por los rayos X del tiempo de coagulación de la sangre no es, a decir verdad, un fenómeno constante en absoluto, pero sí que se manifiesta en la mayoría de los casos de irradiación del bazo, y puede igualmente aparecer después de la irradiación de otros distintos órganos y regiones. Se desconoce todavía el mecanismo íntimo por el cual se produce ese aumento de la coagulabilidad sanguínea, que parece resultar de modificaciones complejas de la sangre producidas por los rayos X, bien por acción directa sobre dicho líquido, bien por acción a distancia, refleja u hormonal. Sea de ello lo que quiera, lo cierto es que el fenómeno se ha mostrado en manos de los autores como un recurso susceptible de interesantes aplicaciones clínicas y sumamente eficaz en algunos casos particularmente demostrativos.

Una muchacha de diez y ocho años tenía desde su infancia cierta tendencia a las hemorragias, padeciendo de abundantes y repetidas epistaxis. Su dentadura se hallaba en un estado tan deplorable, que casi todos los dientes los tenía cariados y reducidos a trozos. Por esta última causa hubo de entregarse en manos de un dentista, quien se propuso sacarla los pocos dientes que la quedaban para colocarla un aparato en condiciones. Al hacer la primera avulsión, que recayó sobre uno de los grandes molares, se produjo una hemorragia considerable que necesitó la hospitalización de urgencia y que no cedió sino al cabo de veinticuatro horas de taponamientos y de tratamiento hemostático. Un mes después, al hacer una nueva tentativa sobre un canino, se reprodujo la hemorragia con la misma intensidad y hubo también que hospitalizar a la enferma durante otras veinticuatro horas. En Noviembre de 1923 se hizo un estudio del tiempo que tardaba en coagular la sangre de esta enferma, resultando que tardaba en verificarlo un plazo notablemente largo, ó sea diez minutos. Se la hizo una irradiación de 500 R. sobre el bazo, delimitado por percusión; una hora después, el tiempo de coagulación descendió a ocho minutos; a las cuarenta y ocho horas, había descendido a seis minutos. Nueva irradiación sobre el bazo: a la hora, el tiempo de coagulación es de tres minutos. En estas condiciones, la fueron extraídos dos grandes molares próximos, sin que

se la produjera la menor hemorragia. Un nuevo examen a las veinticuatro horas dió un tiempo de coagulación de cinco minutos. El dentista pudo practicar seis avulsiones en dos meses sin contratiempo alguno. Vista de nuevo la enferma en Febrero de 1924, su tiempo de coagulación era de seis minutos.

La acción hemostática y preventiva de los rayos X y su carácter de utilización práctica queda particularmente puesta en evidencia en esta observación que tiene todo el valor de un experimento, y aun cuando los hechos clínicos difícilmente se manifiestan con esta claridad, los autores citan otros varios, de ulceración gastrointestinal, de epistaxis repetidas, y de púrpura hemorrágica, en los que el papel hemostático de la irradiación se ha mostrado asimismo evidente. También dan cuenta de un caso de hemofilia, que databa de la infancia, en una muchacha de diez y ocho años y en el que los resultados fueron tan satisfactorios que confirman los de otros autores que consideran esta técnica como capaz de modificar de una manera importante la coagulabilidad de la sangre en estos enfermos.

Es preciso advertir que los efectos de las irradiaciones sucesivas en un mismo enfermo, parece ser que en cierto modo se acumulan, siendo el tiempo de coagulación más bajo en la segunda irradiación que en la primera, y más bajo aún en la tercera que en la segunda; esto es lo que ocurre cuando las irradiaciones se repiten a cortos intervalos, todos los días, por ejemplo. Si se espera para hacer una segunda irradiación a que el tiempo de coagulación se haya reintegrado a su cifra primitiva, la segunda irradiación aún puede acarrear una disminución de dicho tiempo análoga a la primera; pero llega un momento en que las nuevas irradiaciones permanecen sin efecto por haberse producido en el sujeto una especie de inmunización. Este hábito del organismo puede manifestarse con gran rapidez; á veces, hasta inmediatamente después de la primera irradiación, lo cual hace pensar en esa inmunidad celular puesta en evidencia por Regaut en el tratamiento radioterápico del cáncer y que obliga en uno y en otro caso a emplear fuertes dosis iniciales para evitar los fenómenos de radiorresistencia, tan curiosos y tan importantes desde el punto de vista biológico. Para obtener, pues, el máximo rendimiento en la terapéutica hemostática por los rayos X se aplicará de principio una dosis útil y se harán irradiaciones repetidas. La dosis media eficaz parece ser la de 500 R. (2 H, 5) repitiendo la sesión al día siguiente, si el resultado no ha sido suficiente, a la misma dosis ó a dosis doble, pero sin sobrepasar la de 2.000 (10 H). La puerta de entrada parece indiferente, pudiéndose adoptar una u otra según las circunstancias, aunque, atendiendo a los resultados, suelen preferirse la región esplénica y la femoral. En la clínica se puede proceder a la irradiación sin control hematológico, pero conviene practicarle siempre para conocer el tipo de reacción del enfermo y regular el tratamiento, según los primeros resultados obtenidos; máxime si se tiene en cuenta que, aunque excepcionalmente, puede producir la irradiación un efecto inverso, ó sea el alargamiento del tiempo de coagulación. Sin pretender, terminan los autores, reemplazar a todas las demás técnicas hemostáticas, este método debe colocarse desde ahora entre los procedimientos susceptibles de dar excelentes resultados en un gran número de afecciones en las que existe tendencia a las hemorragias. (*La Presse Médicale*, núm. 51, París, 25 de Junio de 1924.)—T. R. Y.



## 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 Decio Carlan. — Aportaciones á la divulgación de conocimientos sobre evolución de las ciencias médicas. — Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedisal. — Datos comparativos. — Comentarios. — Agradecidos. — Consejos á los médicos titulares. — Preparativos para el Congreso de Valencia. — Suscripción pro-huérfanos. — Sección oficial: Presidencia del Directorio militar. — Gobernación. — Gracia y Justicia. — Instrucción Pública y Bellas Artes. — Trabajo, Comercio é Industria. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Orónias. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

## Boletín de la semana.

En el momento de entrar en tirada nuestro número, un sensible motivo de enfermedad en su familia impide á nuestro director organizar, según costumbre, el «Boletín de la semana».

Deseosos de no diferir la salida del número, en el inmediato se procurará resarcir este defecto con el resumen de los juicios y comentarios de la quincena.

DECIO CARLAN

## Aportaciones á la divulgación de conocimientos sobre evolución de las Ciencias Médicas (1)

Versión castellana de F. Javier Cortezo, miembro corresponsal y oficial facultativo de la Real Academia Nacional de Medicina.

## II

## La Facultad de Medicina y Farmacia de Burdeos

POR EL

PROFESOR C. SIGALAS

Decano de la Facultad.

La Facultad de Medicina y Farmacia de Burdeos se remonta en lo pretérito hasta la Universidad Galo-Romana del siglo IV (auditorium) y en un pasado menos lejano á la Universidad del siglo XV (studium generale), creada por Bula del Papa Eugenio IV en 7 de Junio de 1441, á instancias del arzobispo Pey-Berlando.

Suprimida la enseñanza oficial en el año 1793, fué restablecida el 12 Frutidor del año XI y posteriormente, por la fusión de la Escuela de Medicina de San Cosme con la Escuela práctica de Cirugía del Hospital San Andrés, se creó la Escuela de Medicina y Farmacia de Burdeos por ley de 26 de Marzo de 1829.

Un Decreto fecha 16 de Junio de 1878 transformó dicha Escuela en la actual Facultad.

Desde su fundación no ha cesado el progreso de la Facultad de Burdeos; en sus comienzos contaba con 22 cátedras magistrales en las que se daban 31 enseñanzas diversas, actualmente posee 31 cátedras, 27 agregados y 4 directores de cursos, que desenvuelven 62 enseñanzas, sin contar el personal auxiliar de laboratorios y clínicas.

El número de estudiantes que en 1878 fué de 315,

(1) Véase el número 3.701.

el año 1923 llegó á la cifra de 1.244. Durante igual período de tiempo los diplomas expedidos pasaron en número de 43 á 253.

Un Decreto de fecha 22 de Julio de 1890 anexionó á la Facultad la Escuela principal de Sanidad Naval, en la que se forman los médicos de la Marina y Colonias de Francia.

Puede afirmarse que en el presente la Facultad de Burdeos está comprendida entre las principales escuelas de Medicina de Europa, por la sapiencia y notoriedad de sus profesores y por el mérito y número de los alumnos que en ella cursan y que ella agrupa en las restantes Escuelas Médicas de Francia y de sus colonias.

Se encuentra instalada la Facultad en un magnífico edificio construido, merced al apoyo combinado de la Villa de Burdeos, de la Universidad y del Estado francés, y que ocupa una superficie de 11.500 metros cuadrados, comprendida entre la plaza de la Victoria y las calles de Leyteire, Elie-Gintrac y Paul-Broca.

La edificación fué hecha según los planos del arquitecto Pascal, y comprende en un todo de bello y puro estilo arquitectónico, la Biblioteca, los servicios administrativos, los Museos y pabellones de Anatomía, Histología y Fisiología, el Instituto Médico-legal, el servicio de Medicina experimental, el Instituto Pasteur y el de Medicina colonial, y todos los laboratorios de las secciones de Medicina y de Farmacia.

Estos últimos están dedicados á la enseñanza y al propio tiempo á las investigaciones, siendo su instalación perfectamente apropiada á las necesidades de la ciencia moderna.

Dispone también Burdeos de recursos muy importantes en lo que respecta á la enseñanza clínica, que está dirigida por los médicos y cirujanos de los hospitales, y asimismo en lo referente á Medicina social. Citemos solamente los nombres de algunos de tan importantes centros: el Hospital Saint-André, el Hospital de niños, el Tondu, el Pellegrin, el Bel-Air, el Hospital sanatorio de Fevillas, el Asilo de alienados de Château-Picon, el Centro de lucha contra el cáncer, el Dispensario antivenéreo de la Villa de Burdeos, y de la Facultad, el Instituto Pasteur con sus servicios antirrábico, antidiftérico y de vacuna.

Recientemente la Villa de Burdeos votó un crédito de diez millones de francos para modernizar los servicios del Hospital Saint-André y construir dos clínicas quirúrgicas con arreglo a los progresos actuales.

Con independencia de las colecciones especiales de



sus laboratorios, la Facultad posee un Museo de Materia médica, un Museo de Anatomía, un Instituto de Botánica con su jardín de cultivo y un Museo de Etnografía y estudios coloniales, único en Francia y notable por la belleza e interés de sus colecciones.

Aparte la enseñanza propia para estudiantes de Medicina, Farmacia y Cirugía dental, la enseñanza de las especialidades médicoquirúrgicas (Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología y Sifiliografía, Urología, Ortopedia, Electrorradiografía), se encuentran admirablemente organizadas, atrayendo constantemente a Burdeos a numerosos médicos franceses y extranjeros que acuden a especializarse y seguir los cursos de ampliación de estudios que tienen lugar en los meses de Febrero y Julio.

Se organizan por la Facultad, viajes de estudios médicos, para titulados y estudiantes, a las principales estaciones termales y climatológicas.

Recordemos también, en esta escueta reseña, que por la posición geográfica que ocupa, por su puerto floreciente, cabeza de línea para todas las partes del mundo, Burdeos está llamada a desempeñar importantísimo papel en la obra colonizadora de Francia.

Para tomar parte en esta obra de interés nacional, la Facultad ha sido la primera en establecer, en 1901, la enseñanza de la Medicina colonial y marítima, sancionándolas con la expedición de un diploma de médico colonial de la Universidad de Burdeos y un certificado de aptitud para las funciones de médico de Sanidad marítima.

Esta creación ha dado un resultado bien definido por el hecho de que desde 1891 han seguido los estudios de referencia 257 médicos, obteniendo 213 el diploma de médico colonial de la Universidad de Burdeos.

### Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

El jueves 11 actuó en la SOCIEDAD DE PEDIATRÍA el doctor Garrido Lestache desarrollando el tema: «Diagnóstico de los derrames pleuríticos» sobre que había de versar la quinta conferencia del curso.

En dos partes divide a ésta: Síntomas clínicos entre los cuales como de primordial interés aparecen, la tos que en algunos casos no molesta a pesar de existir el derrame, y la disnea con la cual ocurre poco más o menos lo mismo; y el examen físico cuya importancia desde luego resalta al observar que la ampliación del tórax en su plano posterior es poco notable, lo que no sucede en sentido anterolateral; que como signo patognomónico se aprecia a la palpación el endurecimiento y tensión del tórax; y el desplazamiento y torsión del órgano cardíaco, signos todos supeditados a la cantidad y plenitud del derrame pleurítico y procesos pulmonares concomitantes.

La percusión debe ser suave y extenderse con particular atención al plano posterior, espacio semilunar de Traube y región infraclavicular en que pueden obtenerse variadas tonalidades de matitez, submatitez y timpanización, pudiendo desde luego asegurarse que si la matitez abarca las tres regiones, la existencia de un gran derrame pleurítico queda comprobada.

La auscultación consiente apreciar el murmullo vesicular más o menos disminuido o atenuado; pero no así la egofonía y pectoriloquia de muy difícil exploración y comprobación en el niño.

Atribuye a la radiografía capital importancia, porque merced a ella las sombras quedan reveladas, y la oportunidad de la punción exploradora claramente indicada.

Habla de las pleuresías purulentas, del pneumococo y estreptococo, que como agentes microbianos la producen, y de la significación pronóstica que entraña la brusca exacerbación de síntomas, que algunas veces aparece del octavo al décimo día, haciendo temer la posibilidad del empiema; de las pleuresías estreptocócicas, enquistadas e interlobulares, cuyas diferencias explica y puntualiza, recomendando se tenga muy en cuenta la dirección de las cisuras en las interlobulares, en que la vómica pocas veces produce el vaciamiento completo y hace precisa, por tanto, la punción del foco con aguja larga.

Dice que las pleuresías diafragmáticas se caracterizan por agudo dolor de cintura, hipo y disnea; que las mediastínicas anteriores y posteriores se hacen ostensibles por el color cianótico, espasmo de la glotis, etc.; y que en las pleuresías gangrenosas, fétidas y pútridas, afortunadamente poco frecuentes en los niños, el signo pronóstico a que hay que atenerse es la salida más o menos abundante de líquidos y los tejidos que esfacelados en ellos aparezcan.

El Sr. Garrido Lestache fué aplaudido y felicitado por la concurrencia.

..

El viernes 12 celebró su sesión reglamentaria la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA, bajo la presidencia del Dr. Sánchez Covisa (D. José).

El Sr. Sáinz de Aja presenta a la consideración de sus consocios el caso de una joven afecta de manifestaciones terciarias comprobadas por Wassermann positivo, que ofrecen la particularidad de hallarse implantadas en la cara palmar de la mano y ser asimétricas y entrecruzadas.

El Sr. Sánchez Covisa, después de poner de resalto los inconvenientes que el tratamiento de la sarna por la clásica pomada de Helmerich, naftol, etc., lleva consigo y acarrea, por la necesidad del baño jabonoso previo, la aplicación de pomadas de olor nauseabundo poco recomendable desde el punto de vista social, su duración y frecuentes dermatitis consecutivas; encomia los efectos y ventajas del preparado farmacológico titulado «mitigal», líquido ligeramente amarillento y olor atenuado, que a la economía y brevedad de su acción, auna la de poderse prescindir del baño, no en toda ocasión y sitio al alcance del paciente, y en este caso sólo recomendable por la limpieza que supone y por las mejores condiciones de absorción que la piel facilita, y acostumbra a prescribir en tres fricciones al día o en tratamiento rápido, empleando éstas por la noche con intervalos de tres cuartos de hora y el baño por la mañana, procedimiento de valor inapreciable para todo el que por diversas causas no deba o pueda interrumpir su vida ordinaria; añadiendo para terminar, que el mitigal presta gran utilidad a las piodermitis y seborreas, mejorando al propio tiempo las lesiones previas y coincidentes. Dice el Sr. Barrio de Medina que ha podido apreciar por experiencia propia todas las buenas cualidades y efectos que al mitigal se atribuyen. El Sr. Sáinz de Aja recomienda la prudencia en su uso porque todo exceso perjudica, y añade haberle utilizado con buen resultado en las pitiriasis versicolor y rosada y en la seborrea del cuero cabelludo. Habla el Sr. Portilla de un viejo psoriásico en que utilizó el mitigal con buen resultado. El Sr. Sánchez Covisa



hace constar en su rectificación, que el mitiga es como ya dijo de excelentes resultados en el cuero cabelludo, pero asociado al alcohol y acetona.

El Sr. Bejarano hace relación de varias manifestaciones cutáneas que coincidentes con vacuna ha observado, figurando entre ellas una mujer vacunada que en evolución normal tuvo un brote de vacuna generalizada coincidente con eritema exudativo multiforme; el de una niña vacunada afecta de eczematide psoriásica; y el de otro individuo con eczema seborreico, en todos los que estos afectos han podido muy bien permanecer latentes y á virtud del estímulo producido por la vacuna manifestarse. El Sr. Portilla cita el caso de un oficial recién venido de Africa afecto de sarna en que se provocó una erupción vacuniforme generalizada; y exterioriza la creencia de que las faltas de precaución al practicar la vacuna y las condiciones del vacunado pueden dar lugar á los incidentes que se lamentan. Manifiesta el señor Sánchez Covisa que estas cosas pueden depender de la vacuna, el vacunado y el vacunador, creyendo, en términos generales, que á los enfermos de la piel no debía vacunárseles, porque la vacuna excita la presencia de enfermedades latentes que pueden, en casos determinados, ocasionar reacciones, disneas y otros trastornos de consideración. El Sr. Bejarano rectifica diciendo que no considera infectivos, y si brotes latentes despertados á estos casos, y que su objeto al darles á conocer no fué otro que el de estimular á los demás á tenerlos en cuenta y multiplicar las observaciones.

El Sr. Barrio de Medina habla de un caso por él tomado como chancro indoloro y ganglios infectados, que al ver resistió por un mes á las inyecciones de neosalvarsán y bismuto, le hacen creer no lo era. El Sr. Bejarano considera difícil la precisión diagnóstica no recurriendo á la bacteriología en este caso omitida, y que debieron llevarse á cabo en pleno tratamiento de neotrepol investigaciones ultramicroscópicas en persecución de los espiroquetas que aún pueden reaparecer. El Sr. Sánchez Covisa manifiesta que no hay manera de encajar dentro de las piodermis el caso que se discute. El Sr. Barrio de Medina rectifica insistiendo en el criterio de que no pudo ser chancro sífilítico.

El Sr. Sáinz de Aja comunica haber asistido de extensa zona á una institutriz, que al niño que cuidaba transmitió en forma de varicela; otros dos casos de zona entre compañeros; otro de zona oftálmico, y otro de zona con varicela en su hijo, con quince días de diferencia; deduciendo de esto que el zona se transmite entre adultos y que de adulto á niño el zona se trueca en varicela. Cita el Sr. Sánchez Covisa á un niño de un compañero que estando recién vacunado se vertió vacuna en una mejilla, dando lugar al brote de un herpes que periódicamente recidivaba.

El Sr. Sánchez Covisa reseña un quinto caso de hemoglobulinuria paroxística de origen sífilítico, comprobado por Wassermann positivo; asunto de que el Sr. Marañón se ocupó en la Real Academia Nacional de Medicina calificando de palúdicos á los por él observados en vista de los violentos escalofríos, erupciones y fiebre con que se manifestaban. El Sr. Bejarano pregunta si los casos á que el señor Covisa se refiere fueron tratados con bismuto; contestando éste en su rectificación que sí.

El Sr. Sáinz de Aja llama la atención hacia un caso de coincidencia entre el líquen y empleo de tuberculina en enferma de lupus tuberculoso en nalga y líquen escrofulosorum en que procedió á la extirpación de la placa de lupus y en que antes de cicatrizar éste palideció el líquen; concluyendo por emitir dos hipótesis en que á su juicio puede hallarse la explicación del hecho.

Encarece el Sr. Daudet los excelentes resultados obteni-

dos por la proteínoterapia en una joven de diez y siete años, bien constituida, que, afecta de mastitis y adenitis con dolores agudos, trató con las inyecciones de vacuna y leche, que curando el eczema y dando salida al pus por punción, favorecieron la rápida cicatrización tan sólo ayudada por pomada de óxido de cinc; y en otra mujer con grietas y flemón supurado, también curado con el simultáneo empleo de la vacunoterapia y proteínoterapia, que cree de gran utilidad en estos casos. El Sr. Barrio de Medina no pone en duda la favorable acción de estos agentes; pero hace notar que una vez evacuado el pus, nada de extraño es que las molestias se modificaran y desaparecieran. El Sr. Sáinz de Aja dice que en cantidad considerable de bubones se ha ensayado la autohematoterapia, y que merece la pena de estudiar si los beneficiosos efectos de ésta son debidos al suero ó á los glóbulos rojos. El Sr. Bejarano dice emplear este recurso en el Dispensario Azúa para acelerar el curso de las adenitis. El Sr. Sánchez Covisa aprueba y está conforme con estas experiencias; pero hace saber al Sr. Daudet que no siempre ocurren las cosas como se las imagina, porque en tres casos que empleó el procedimiento que preconiza le dió deplorables resultados. El Sr. Daudet rectifica, y se levanta la sesión, quedando la Sociedad constituida en Junta general.

Y no dió más de sí la semana que de momento sea aprovechable.

SEDISAL

#### DATOS COMPARATIVOS

### RESUMEN DE CUENTAS 1854-1924

Setenta y un años de existencia, día tras día, es alcanzar un triunfo que pocas veces se ve coronado cuando se trata de sostener un ideal, hacer algo útil, formar un conjunto que sea honra de una clase. Setenta y uno son los años en que al final del presente, EL SIGLO MÉDICO ha venido apareciendo semanalmente, sin interrupción por ninguna clase de dificultades que se le hayan presentado.

El hecho de esta constancia, si representa uno de los mayores sacrificios que se han ido imponiendo sus directores, no es precisamente el mayor triunfo que apuntarse puede: lo tiene todo en el crecimiento constante del desenvolvimiento de esta Revista; su número de suscriptores ha sido siempre superior á todos los de otras, y, por tanto, su tirada la mayor; el de sus lectores nos produce á cada momento gratas satisfacciones, pues que conociendo la cantidad de personas que reciben EL SIGLO MÉDICO, observamos que la de interesados por leerle se duplica; sus artículos científicos y profesionales han sido y vienen siendo de las mejores firmas, de los más eminentes médicos españoles y extranjeros; sus resúmenes de prensa médica sobre todo lo bueno que en el mundo viene apareciendo ve la luz en nuestro periódico con la oportunidad que cada caso requiere, y todo ello ha repercutido en el aumento de sus páginas de un modo poco acostumbrado en los negocios, si se tiene en cuenta que las variaciones de sus precios han ido sosteniéndose, aun á expensas de verse en ello perjudicado.

Cuando en el año 1854 apareció el primer ejemplar, vemos que su tamaño en 4.º, con tres columnas cada plana, tiene ocho páginas de texto entre científico y profesional, incluyendo en ello la sección de vacantes, sección que más tarde hubo de ocupar otro lugar para dar cabida á texto



que la urgencia requería su inmediata publicación. Todas las disposiciones oficiales han venido apareciendo con la mayor puntualidad en *EL SIGLO MÉDICO*, y en él, mejor que en ninguna otra parte, puede consultarse todo lo que en España se ha legislado sobre Sanidad, que ha sido mucho, aun á pesar del escaso cumplimiento de ello.

El precio de suscripción fijado en el año 1854 fué de 60 reales al año, y si comparamos los medios de vida con que en aquella época se contaban con los actuales, resulta fantástica aquella cantidad ó escasísima la corriente.

420 páginas contenía el tomo primero de nuestro periódico con cuatro de índice, y de este modo siguió su marcha de compromiso hasta el año 1860, fecha en la que, variando el tamaño de sus hojas á  $\frac{1}{8}$  mayor y á dos sus columnas, se duplica el número de las páginas y se mantiene el precio de 60 reales en la suscripción. Siguen sus artículos de las más renombradas firmas; continúan su sección profesional siempre leal y acertada; la de disposiciones oficiales no varía y las vacantes aparecen al final de cada número. El año 1860 inserta nuestra Revista más de 125 artículos científicos escritos expresamente para ella. Al final de año alcanzó el tomo la cifra de 840 páginas con 12 de índice. Este curso va siguiendo la Revista y observamos que el año 1905, con motivo de publicar el Ministerio de la Gobernación la clasificación de las plazas de médicos titulares, *EL SIGLO MÉDICO* entrega á sus suscriptores 858 páginas de texto y 328 de clasificación. Bien demostraban sus directores el altruismo, pues aumentado el periódico en forma tal, su precio seguía sosteniéndose en las 15 pesetas anuales y ninguna cantidad reclamó por el extraordinario de sus gastos, como tampoco lo ha hecho en diversas ocasiones en que ha entregado suplementos más ó menos extensos para comunicar noticias interesantes que no podían ver la luz entre el texto de su sección correspondiente, bien por no llegar á tiempo de ser incluido, estimarlo de suma urgencia y por no restar á lo demás espacio alguno.

Siguen sus tomos sosteniéndose en 850 y 900 páginas durante los demás años, y llegado el 1917, *EL SIGLO MÉDICO* da una muestra más de su patriotismo, aumenta sus energías y aun á expensas de verse arruinado, cosa que no ocurrió, gracias á los favores que continuamente le dispensaron suscriptores y anunciantes que perfectamente se daban cuenta de ello, llega el número de páginas de texto profesional y científico á 1.000. Son separadas las vacantes con el fin de dar cabida al exceso de original que constantemente llena nuestras carpetas, y se ven con más frecuencia la ilustración de artículos con grabados. Introdúcese aparte la publicación de dos páginas del magistral formulario *Por las Clínicas de Europa*, obra que cada día va teniendo mayor interés por su carácter práctico utilísimo para las consultas más precisas, necesarias, modernas y de aplicación. Al año siguiente, son aumentadas las páginas de esta obra, publicando cuatro en el tamaño de la Revista que hacen ocho al plegarlas para su encuadernación.

Durante los años 1918, 1919, 1920 y 1921, con gran frecuencia es necesario el suplemento de páginas de texto, llegando á obtenerse los números de 1.128 en el año 19 y 1.308 en el 21. Un tomo de estas páginas no se hace manejable y se acuerda la división en dos, uno cada semestre, observando que el primero de 1922 cuenta con 700 páginas, cerca del doble de las que contenía el tomo del año 1854, tantas como los publicados hasta 1917, sin contar con que en 1922 no están incluidas las páginas del formulario, índice y vacantes; 1.360 es la totalidad del citado año 1922. La diferencia de cantidades, es decir, de páginas de texto y suplementos entregada, bien puede notarse y el precio sólo se elevó des-

de 1920 en 5 pesetas, pues como todos saben, nuestra Revista que aparece todos los sábados, 52 veces al año, cuesta 20 pesetas anuales.

Tocando á su fin el año 1924, resulta que forma dos tomos; próximamente 1.500 páginas de texto, 416 de formulario, 24 de índice y 1.900 de anuncios y vacantes, pues que también los anuncios tienen gran interés para los médicos, ya que por ellos se informan de los adelantos farmacológicos de las especialidades de igual índole, de libros, instrumentos, balnearios, sanatorios, etc., etc., tanto nacionales como extranjeros. Los artículos científicos escritos expresamente para esta Revista que se han insertado en el presente año son alrededor de 200.

Todo lo que queda expresado viene á demostrar que *EL SIGLO MÉDICO* no gasta sus ahorros, si los tuviera, en cosas ajenas á su mejoramiento y su fin, el cual es el de figurar entre los primeros periódicos médicos del mundo, y que á la estimación que á sus lectores, suscriptores y anunciantes, todos numerosos le dispensan, corresponde dándoles un provecho efectivo aun á costa de sus sacrificios.

Como esto tiene su natural límite en el aumento de los precios de la publicación material, *EL SIGLO MÉDICO* respetando para sus antiguos suscriptores el precio de 20 pesetas anuales que venían pagando, tendrá desde 1.º de Enero el de 25 pesetas para los nuevos suscriptores que sin serlo en el año anterior deseen serlo desde 1.º de Enero.

No creemos que nadie pueda considerar abusiva nuestra modesta pretensión.

## COMENTARIOS

Motivos sobrados teníamos para conocer el altruista desinterés en que inspira sus relaciones interprofesionales el pundonoroso presidente del Colegio Médico de Toledo, señor Perezagua, á quien hoy tenemos que añadir en cuenta el valor cívico, el amor á los huérfanos y la ecuaníme ponderación que bien á las claras se revelan en el escrito cuya transcripción nos sugiere y como ejemplo damos á conocer á continuación:

«Con verdadero gusto, más que otras veces, hago los de este número, porque el asunto que me va á proporcionar motivos para llenar unas cuartillas, es de índole espiritual, sentimental, y además porque la forma que este Colegio provincial ha tenido de solucionar una cuestión sometida á su consulta, difiere de la contestación dada á la misma por el Colegio provincial de Valencia, presidido por el Dr. Sanchis Bergón, que como todos sabéis, preside la Federación de Colegios Médicos, y no creo sea muy desorientado pensar que muchos Colegios hayan coincidido en apreciación con la del Sr. Sanchis Bergón, razones que, á posteriori de nuestra actuación, nos han hecho pensar si estaríamos muy ofuscados, y, francamente, después de meditar y hacer examen de conciencia ha salido fortalecida de nuestros espíritus la actitud tomada.

Y vamos á exponer antecedentes. Con fecha 26 de Agosto último, el presidente del Patronato del Colegio de Huérfanos de Médicos del Príncipe de Asturias remitió al Ministerio de la Gobernación una nota que figura en otro lugar del Boletín, incluida en la comunicación dirigida al Colegio, con este motivo, por la Dirección general de Sanidad. En substancia dice lo siguiente: 1.º Que el sello de cincuenta céntimos á que se refiere el decreto fundacional, sea empleada en todos los usos que éste determina; y 2.º Que en cuanto al sello de dos pesetas que se estampa en las certificaciones y casos también determinados en aquel decreto, y



de cuyas dos pesetas, una queda á beneficio de los Colegios Médicos, se destinen las dos pesetas íntegras al sostenimiento del Colegio de Huérfanos, ó como las certificaciones en que se inserta dicho sello valen más de las dos pesetas, se destine el 25 por 100 de este sobreprecio á los fondos del mismo Colegio de Huérfanos.

La Dirección general de Sanidad no quiso resolver por su cuenta dicha solicitud y se dirigió atentamente á los Colegios consultándoles su opinión. (Esta deferencia que el Dr. Murillo ha tenido con los Colegios Médicos, es una de las muchas pruebas de afecto é interés por la clase médica que viene dando al frente del alto cargo que rige en la Sanidad española. Gratitud por ello merece, y sin regateos desde este momento y sitio se la testimonia el Colegio de Toledo).

Este Colegio estudió el caso objeto de consulta y lo estimó tan claro, tan poco intrincado y por tanto sin dificultades para su resolución, que no vaciló en contestar á la Dirección de Sanidad en forma clara, concreta y precisa. Este Colegio Médico de Toledo no tiene inconveniente en ceder el importe íntegro de la venta de los sellos de dos pesetas en beneficio del Colegio de Huérfanos de Médicos.

Razones que hemos tenido para así proceder: Hemos recordado que antes de crearse el Colegio de Huérfanos existían los Colegios provinciales de Médicos y se sostenían bien ó mal con las cuotas de sus colegiados, que si había Colegios que vivían mal, fácil era el remedio, con elevar algo las cuotas se nivelarían sus presupuestos, y si esto sucedía, cuantos ingresos han venido á reforzar los de los Colegios, procedentes de la venta de los sellos, débese agradecer y en realidad no debemos considerar como fondos propios, sino como algo que distraemos á los huérfanos para cuyo sostenimiento creó el Estado su Colegio y sus medios de vida.

Otra consideración que tuvimos en cuenta al resolver, fué el pensar que somos la clase más privilegiada del mundo en este aspecto de Colegio de Huérfanos, pues en ninguna parte hay Colegio alguno, ya sea civil ó militar, que no cueste un sólo céntimo á los que lo crearon y esto sucede con el Colegio de Huérfanos de Médicos. ¿Queréis más ventajas?

Otras muchas razones abonan y justifican nuestra conducta, pero aunque no existieran en gran número y calidad, hay una sola que creo es decisiva.

En el Colegio de Huérfanos de Médicos se crían, educan é instruyen los niños que se quedaron sin padres, de los que fueron ayer nuestros hermanos en profesión; quizás mañana necesitarán nuestros hijos solicitar el ingreso en ese Colegio, porque desaparecidos nosotros, la mayor parte de nuestras familias se quedan sin amparo ni recursos algunos y en esta situación triste, trágica algunas veces, poder dirigir la mirada hacia un lugar que, como madre cariñosa, va á recoger los pedazos de nuestra alma, es algo tan grande, tan confortador, que el miedo que produce dejar este mundo, se atenuará con este consuelo y nos proporcionará la tranquilidad que necesitamos para morir resignados.

*«Os parece ahora que no dando nada de nuestro bolsillo debemos negar lo que ellos (los huérfanos) nos dan á nosotros y, por tanto, no nos pertenece?—I. P. y G.»*

Y por si todo esto era poco, allá va un segundo botón de muestra:

«En virtud de un acuerdo de la Junta de Gobierno, el día 22 del mes pasado se remitió á la Tesorería del Colegio de Huérfanos un donativo de 500 pesetas, mitad de la minuta que ha cobrado nuestro Colegio por el dictamen emitido en el asunto del Sr. García Carrera, ex médico titular de Santa Cruz de la Zarza.

Acuando recibo de dicha cantidad, el tesorero Dr. Isla

ha dirigido á este Colegio una expresivo carta de gratitud en nombre del Patronato y de los huérfanos.»

Para qué añadir comentarios, si esto Inés ello se alaba, y no es menester alaballo.

## AGRADECIDOS

Hemos recibido varias felicitaciones de suscriptores nuestros, y entre ellas la siguiente, que con gusto publicamos:

Mieres (Asturias) y Diciembre 11 de 1924.

Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo, director de  
EL SIGLO MÉDICO.

Mi muy respetable y distinguido amigo: Los que como yo llevamos más de medio siglo siendo suscriptores á EL SIGLO MÉDICO y merecíamos de V. E. por esta circunstancia recibir gratis tan ilustrada y querida revista, no puedo menos al terminar el año de manifestarle mi más profundo agradecimiento por tan delicada é inusitada atención, pidiendo á Dios le colme de toda clase de prosperidades y alargue su vida por muchísimos años, para bien de la Patria y de nuestra dignidad profesional.

El que desde este rincón de Asturias distrae por un momento su atención y le recuerda mucho, es un titular jubilado á sus instancias por creerse ya falta de la actividad que la profesión requiere para la visita domiciliar y sólo trabajo en mi despacho que suelen ser mis clientes los viejos que me conocieron joven, y, como tengo tiempo, me complazco mucho en seguir leyendo el veterano SIGLO, donde años atrás también emborroneé algunas cuartillas.

Reciba mi más cariñosa felicitación de fines de año, y siga, siga escribiendo, sobre todo, para esta juventud médica que se olvida de que nuestra profesión es un sacerdocio, y V. E. sabe que en esta localidad tiene un antiguo admirador y amigo que, sin haberle tratado, le quiere mucho y b. e. m.,

NICANOR MUÑIZ-PRADA.

## Consejos á los médicos titulares.

El *Ideal Médico*, de Córdoba, después de reconocer las ventajosas condiciones en que veterinarios y farmacéuticos han sabido colocarse por haber permanecido asociados sin extrañas ingerencias, añade á continuación lo siguiente:

«Y quedarán los titulares médicos, que habrán de recorrer un aparente largo camino: olvidar pasados errores, serenarse y dedicarse á actuar de verdad. Si los titulares no quieren ser dirigidos y defendidos por quienes, por grande que sea su deseo y voluntad, desconocen totalmente sus especiales intereses, habrán de unirse, asociarse, hasta constituir aquel organismo que pueda asumir la representación y obtener lo que es de ellos y sólo á ellos pertenece.

Asociaciones de distrito, asociaciones provinciales y asociación nacional, pero arrancado de abajo, del individuo, no de arriba, de unos nombres ó candidatos que, por *aquel* ó *éste*, *aquí* ó *allá*, se propugnen como los mejores. Ni siquiera aceptar—no por las personas, que merecen todos nuestros respetos—esos vocales de distrito elegidos por quienes quizá sólo les conocen de nombre.

Mas para alcanzar aquella oficialidad no es necesario llegar á la Asociación Nacional, ni siquiera á la Regional; bastará que en la provincia estén asociados libremente la inmensa mayoría de titulares, cada uno dentro de su distrito y los distritos por sus representantes. ¡Con tan escaso es-



fuerzo, cuánto se puede conseguir! Los titulares de cada provincia con su propia personalidad y representación.

Ya lo están haciendo en Granada y en otras provincias; veremos si los titulares cordobeses se deciden á velar por su propio prestigio.»

## Preparativos para el Congreso de Valencia.

Recibimos de la Federación Nacional de Colegios Médicos Españoles de Valencia, la siguiente circular firmada por el Presidente, y dirigida á los de los Colegios Oficiales de Médicos, con fecha 20 de Noviembre de 1924:

Mi respetable compañero y distinguido amigo: Según acuerdo unánime del II Congreso Nacional de Ciencias Médicas, la organización del venidero, en cuanto á formación de secciones y designación de cargos se refiere, debe confiarse á un alto patronato científico, cuyos miembros integrantes han de ser elegidos por los Colegios Oficiales de Médicos, Farmacéuticos, Odontólogos y Veterinarios, debiendo cada uno de ellos designar: los primeros, cinco vocales, y uno cada uno de los demás. Este patronato cesará de actuar absolutamente cuando haya designado los componentes de las mesas del Congreso y secciones, previa clasificación de estas últimas, quedando entonces al exclusivo cuidado de las expresadas mesas la misión que de ordinario respectivamente les incumbe.

Para la realización del expresado acuerdo, ruegue que se sirva transmitirme el sufragio que ese Colegio de su digna presidencia emita, en la papeleta que le adjunto, sellada con el sello de la Corporación y autorizada con las firmas de usted y del señor secretario.

Ahora bien, dada la inmensa responsabilidad que pesa sobre los Colegios en la organización de la futura Asamblea, yo me permito someter á su juicio, si para la emisión del voto conviene tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

1.<sup>a</sup> Que la designación se realice con absoluta ecuanimidad y con suma cautela para alejarse de partidismos, para no despertar suspicacias y para sumar voluntades.

2.<sup>a</sup> Obedeciendo á estos deseos, habría de procurarse que las personalidades integrantes del patronato tuviesen una historia científica y profesional, por las que constituyan altos y positivos valores dentro de la colectividad médica.

3.<sup>a</sup> Que á esta relevante condición sumen, á ser posible, la de su alejamiento de las luchas sociales, políticas y profesionales.

4.<sup>a</sup> Precisa no olvidar que los miembros elegidos para la formación del patronato, y este propio organismo, han de terminar su actuación al organizar las secciones y designar las personas que deben constituir la mesa del Congreso y las de las expresadas secciones.

Esta presidencia fía ciegamente en la discreción y sabiduría de ese respetable Colegio, para dar cima con acierto á la misión que le ha sido confiada y suplica con el mayor encarecimiento que la papeleta de sufragio adjunta le sea remitida, llena y autorizada, antes del día 30 del mes de Enero próximo, entendiéndose que á las veinticuatro horas del dicho día queda terminada la admisión de papeletas y con las recibidas se procederá al escrutinio.

## SUSCRIPCIÓN PRO HUÉRFANOS

Del *Boletín del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de La Coruña* del mes corriente, tomamos complacidos lo siguiente:

«Queriendo interpretar los deseos de todos los colegiados que rivalizan en prestar el mayor cariño y cooperación á la meritisima obra que el Dr. Cortezo realiza en favor de nuestros huérfanos, hemos abierto la suscripción que anunciamos en el número anterior de nuestro *Boletín*, cuyo producto se dedicará á engrandecer el gabinete de Física y Química del Colegio Príncipe de Asturias».

Para que la suscripción tenga la mayor amplitud se ha determinado no fijar límite á la cuota individual, pudiendo ser ésta de menos de una peseta.

Ahora bien, los que donen cinco pesetas tendrán derecho á uno de los títulos que nuestro presidente, Sr. Gradaille, ha regalado á nuestro Colegio.

Estos títulos de colegiados, artísticamente dibujados por el reputado pintor Sr. Abelenda, representan un pergamino que lleva los escudos de los catorce Ayuntamientos, cabezas de partido de la provincia, con la inscripción siguiente: «Scientiae medicalis cultores foederati pro se et humano genere.»

En el fondo del cuadro se destaca en primer término la portada de la Facultad de Medicina de Fonseca, y en segundo, allá en lontananza, como un recuerdo á la protección de los huérfanos, una silueta del Colegio Príncipe de Asturias.

Completa toda la notable obra, una alegoría de la Medicina, y de la unión y fraternidad, base de nuestro Colegio.»

Bien por el Colegio Médico de La Coruña. Así se labora en pro de los desheredados de la clase.

## Sección oficial.

### PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO MILITAR

#### EXPOSICIÓN

Señor: Dispuesto el Gobierno á prestar á la Sanidad pública la atención que los tiempos demandan, considera de primordial interés llevar á la organización sanitaria aquellas reformas que son fundamentales para el desarrollo progresivo y la constante eficacia de sus funciones.

En el orden lógico, la primera de todas es la que se refiere á la instrucción técnica del personal.

La ciencia sanitaria alcanza hoy tan extensos dominios, que seguramente no existe en la Medicina especialidad más justificada que la suya. Y si ya antes era notoria la conveniencia de dar al personal la preparación adecuada, en armonía con los fines profesionales, la anexión de nuevos campos higiénico-sociales y la organización de las Inspecciones Municipales de Sanidad en el Estatuto municipal y en su Reglamento de servicios sanitarios, elevan la conveniencia de la especialización á la categoría de necesidad inaplazable, agravada por la dificultad de seleccionar personal idóneo, conforme acreditan repetidas convocatorias en las que, jueces más indulgentes que severos, no pudieron cubrir las plazas anunciadas.

La única forma de remediar esta situación es crear la Escuela Nacional de Sanidad, aprovechando la circunstancia de poseer el Ministerio de la Gobernación los elementos fundamentales, que son: una Institución provista de Laboratorios apropiados donde enseñar Microbiología, Serología, Des-



infección y las materias de Física y Química pertinentes á la Higiene, y un Hospital donde estudiar á fondo el total proceso de las infecciones y la aplicación de medidas y procedimientos de índole médico-social. Estas enseñanzas, que forman la medula de la especialización, habrán de completarse con otras, tales como la Estadística, la Ingeniería sanitaria, la Legislación, la Epidemiología y cuantas ramas integran la higiene moderna.

Será, además, la encargada de proporcionar instrucción sanitaria á todas las clases auxiliares que hayan de prestar servicios sanitarios, principalmente á las enfermeras de este nombre y á los desinfectores, así como también á los practicantes y subalternos que se requieran para la ejecución de operaciones profilácticas; y cuando el acopio de material didáctico lo consienta, abrirá cursos especiales para mayor ilustración higiénico-sanitaria de otras profesiones.

Seguro de que los directores y maestros de la nueva Institución, sabrán convertirla en plantel de sanitarios conscientes de su deber y aptos para todas las eventualidades del servicio, el presidente interino del Directorio militar, de acuerdo con éste, tiene el honor de someter á la aprobación de V. M. el siguiente proyecto de Decreto.

Madrid, 9 de Diciembre de 1924.—Señor: A L. R. P. de V. M., *Antonio Magaz y Pers.*

## REAL DECRETO

A propuesta del presidente interino del Directorio militar, y de acuerdo con éste,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º A base del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII y del Hospital del Rey, se crea la Escuela Nacional de Sanidad, cuya misión será la siguiente:

a) Instruir y formar el Cuerpo de funcionarios médicos que en lo sucesivo haya de pertenecer á los organismos dependientes de la Dirección general de Sanidad.

b) Dar la enseñanza y preparación convenientes á cada uno de los grupos auxiliares hoy reconocidos y á los que en lo sucesivo se constituyan, empezando por los practicantes, las enfermeras sanitarias, los desinfectores y el personal subalterno utilizable en la profilaxis antipalúdica y antipestosa.

c) Establecer cursos especiales de enseñanza higiénico-sanitaria para arquitectos, ingenieros, médicos libres, farmacéuticos y veterinarios.

d) Iniciar la fundación de un Museo de Higiene, y atenderlo y gobernarlo, por ser institución indispensable para el mejor éxito de la Escuela.

e) Difundir los principios de higiene y divulgar sus prácticas, organizando sistemáticamente la propaganda con auxilio de las artes y recursos que la industria científica ofrece en la actualidad; y

f) Dar la instrucción conveniente á los inspectores municipales de Sanidad para el desempeño de las funciones que se especificarán en el Reglamento del Estatuto.

Art. 2.º El personal técnico que señala el apartado a) del preinserto artículo, ingresará en la Escuela previa convocatoria y mediante los ejercicios de concurso oposición que el Tribunal competente acuerde, para cubrir el número de plazas anunciadas. Los opositores que obtengan calificación aprobatoria, en correspondencia con el número de plazas vacantes, pasarán á ser alumnos oficiales de la Escuela y entrarán á formar parte del personal facultativo de la Dirección general de Sanidad.

Art. 3.º Las plazas de alumnos antedichas estarán dotadas con el haber anual de 3.500 pesetas, y al finalizar el ciclo de estudios, si éstos se realizan y terminan con sujeción

á las condiciones que establezca el oportuno Reglamento, los aprobados pasarán á desempeñar, indistintamente, las plazas vacantes de Sanidad interior, Sanidad exterior é Instituciones sanitarias con el sueldo correspondiente á la categoría de ingreso en los citados Cuerpos. Los no aprobados serán baja en la Escuela y en el escalafón de funcionarios.

Art. 4.º El personal á que se refiere el apartado b) del artículo 1.º, ingresará también, previo cumplimiento de las condiciones que se especifiquen para cada profesión ú oficio, y una vez completada la enseñanza y obtenida la aprobación, tendrá derecho preferente á ocupar los cargos de Sanidad central, provincial y municipal que correspondan á su clase.

Art. 5.º Por el Ministerio de la Gobernación se nombrará una Comisión de personas peritas y calificadas que formule el oportuno Reglamento de constitución y funcionamiento de la Escuela y redacte el plan de estudios pertinente á cada uno de los grupos facultativos y auxiliares. Dicha Comisión designará las materias y fijará las líneas generales de los programas que han de adoptarse; propondrá el cuadro docente; dictará las bases para la organización del Museo y de la propaganda y hará constar en el Reglamento las cantidades que los alumnos habrán de satisfacer en concepto de matrículas y demás derechos.

Dado en Palacio á 9 de Diciembre de 1924.—ALFONSO.—El presidente interino del Directorio militar, *Antonio Magaz y Pers.* (*Gaceta del 12 de Diciembre.*)

## EXPOSICIÓN

Señor: Registrándose cada día en mayor número los casos de enfermedades infecciosas, que en ocasiones llegan á constituir verdaderos brotes epidémicos, ocasionados por el consumo en crudo de moluscos, y carente nuestra legislación de disposiciones que permitan á las autoridades sanitarias condicionar la creación y vigilar el funcionamiento de criaderos y yacimientos explotados por el comercio, el presidente que suscribe, en evitación de los peligros que para la salud pública nacional supone este medio de difusión de las enfermedades, tiene el honor de someter á la aprobación de V. M. el siguiente proyecto de Decreto.

Madrid, 11 de Diciembre de 1924.—Señor: A L. R. P. de V. M., *Antonio Magaz y Pers.*

## REAL DECRETO

A propuesta del jefe del Gobierno, presidente interino del Directorio militar, y de acuerdo con éste,

Vengo en decretar lo siguiente:

Art. 1.º A partir de la publicación del presente Real decreto, no podrá establecerse ningún criadero de moluscos, destinados al consumo público, sin obtener del Ministerio de la Gobernación un certificado de salubridad.

Los viveros actualmente establecidos tendrán que solicitar y obtener este certificado en el plazo improrrogable de seis meses, pasados los cuales serán clausurados los que no estén en las debidas condiciones.

Este certificado de salubridad se concederá por el Ministerio de la Gobernación, previo informe de los directores de Sanidad de los puertos respectivos.

Art. 2.º Trimestralmente se hará por las autoridades sanitarias de los puertos una visita de inspección á cada uno de los establecimientos autorizados, decidiéndose, de acuerdo con lo que de ella resulte, si el establecimiento puede continuar considerado como salubre, lo que deberá comunicarse al Ministerio de la Gobernación.

Los dueños de viveros deberán dar toda clase de facilidades á las autoridades sanitarias para el mejor cumpli-



miento de su misión, y especialmente para el análisis de aguas y de los productos.

Art. 3.º Transcurrido el plazo de seis meses que se fija en el art. 1.º no se admitirá á la facturación, por las Compañías de ferrocarriles, ni á su despacho por las Aduanas, ninguna expedición de moluscos que no vaya provista de un certificado de la autoridad sanitaria del puerto, en que conste:

1.º Que el establecimiento de procedencia está incluido en la lista de salubres formada por el Ministerio de la Gobernación.

1.º Número de cajas de que conste la expedición.

2.º Lugar á que serán destinadas y fecha en que se extiende el documento.

Las cajas que constituyan cada expedición deberán ir provistas de un marbete con el nombre del establecimiento y numeradas correlativamente.

Art. 4.º Cuando los moluscos procedan de bancos naturales irán también provistos de un certificado de procedencia. Sin este requisito tampoco se admitirán á su facturación ni despacho por la Aduana.

Art. 5.º Para la importación de moluscos se exigirá una certificación de origen que, á juicio de las autoridades españolas, proporcione la suficiente garantía.

Art. 6.º La venta al menudeo, de acuerdo con lo dispuesto en el Real decreto de 22 de Diciembre de 1908, será vigilada por los inspectores veterinarios de substancias alimenticias, quienes inutilizarán las partidas que estuvieren desprovistas del certificado á que hacen referencia los artículos 3.º y 4.º del presente Real decreto, ó que, aun teniendo, estén averiados ó sean impropios para el consumo por haber sufrido manipulaciones que pudieran hacerlos perjudiciales para la salud pública.

Art. 7.º Los moluscos destinados á nutrir los viveros autorizados circularán con una certificación especial, en la que se hará constar su destino y se especificará que no pueden emplearse para el consumo.

Art. 8.º Las autoridades, tanto de Marina como de Aduanas, prestarán su cooperación y auxilio para el mejor cumplimiento de este Decreto.

Art. 9.º Por la Dirección general de Sanidad, y en el término de un mes, á partir de esta fecha, se procederá á la redacción de unas bases que servirán de norma á las autoridades sanitarias para determinar la salubridad ó insalubridad de los criaderos de moluscos.

Todos los certificados á que se refiere este Real decreto serán gratuitos.

Art. 10. Los infractores de estas disposiciones serán castigados con la clausura temporal ó definitiva del establecimiento y con multas de 50 á 2.500 pesetas.

Dado en Palacio á 11 de Diciembre de 1924.—ALFONSO.—El presidente interino del Directorio militar, *Antonio Magaz y Pers.* (*Gaceta del 13 de Diciembre.*)

## GOBERNACIÓN

### Reglamento para las oposiciones á Oficiales del Cuerpo Médico de Sanidad exterior. (1)

93. Equinocosis y cisticercosis.—Sus clases.—Descripción y evolución de los parásitos.—Diagnósticos clínicos y biológicos.—Profilaxis.

94. Estudio de las tenias, botriocefalos y trematodos.—Enfermedades que ocasionan.—Profilaxis.

(1) Véase el número anterior.

### LEGISLACIÓN Y ADMINISTRACIÓN SANITARIAS

1. Historia de la legislación sanitaria española.

2. Organización sanitaria actual en España.—Ministerio de la Gobernación.—Dirección general de Sanidad; Real decreto de 28 de Febrero de 1922.—Organización.—Funciones.

3. Inspección general de Sanidad exterior.—Funciones que le están encomendadas.—Organismos que de ella dependen.

4. Inspección general de Sanidad interior.—Funciones que le están encomendadas.—Organismos que de ella dependen.

5. Inspección general de Instituciones sanitarias.—Funciones que le están encomendadas.—Organismos que de ella dependen.

6. Organos consultivos de la Sanidad.—Real Consejo.—Juntas provinciales y municipales de Sanidad.—Real Academia de Medicina.

7. Función que á los gobernadores civiles encomienda el Reglamento de Sanidad exterior vigente, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920.—Atribuciones sanitarias de los gobernadores y alcaldes en lo que afecta á Sanidad interior.

8. Directores de estaciones sanitarias de puertos y fronteras.—Su jurisdicción, funciones y atribuciones.—Inspectores de distritos sanitarios marítimos.—Inspectores de puertos habilitados.—Deberes y atribuciones del personal médico administrativo y subalterno de las Estaciones sanitarias de puertos y fronteras.

9. Inspectores provinciales de Sanidad.—Su jurisdicción, funciones y atribuciones.—Subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria.—Inspectores municipales de Sanidad.—Subinspectores provinciales de Odontología.

10. Instituto de Higiene de Alfonso XIII.—Real decreto de 3 de Octubre de 1916.—Brigada sanitaria central.—Real orden de 18 de Noviembre de 1921.—Brigadas sanitarias provinciales.—Real orden de 28 de Junio de 1921.

11. Ley orgánica de Sanidad.—Parte de ella que debe considerarse prácticamente como vigente.

12. Reglamento de Sanidad exterior de 3 de Marzo de 1917, reformado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920.—Objeto y principios generales de los servicios de Sanidad exterior.—Dirección y organización de la Sanidad exterior.

13. Reglamento.—Distritos sanitarios.—Lazaretos: Real orden de 7 de Agosto de 1916.—Estaciones sanitarias y puertos habilitados.—Funciones sanitarias de los cónsules, vicecónsules y agentes consulares españoles.

14. Reglamento.—Patentes.—Certificados consulares de Sanidad.—Visados.

15. Reglamento.—Disposiciones vigentes sobre higiene y salubridad de los barcos.—Policía sanitaria referente á los barcos durante su permanencia en puertos.

16. Reglamento.—Medidas sanitarias referentes á los barcos á la salida de los puertos.—Circular de 13 de Enero de 1919.—Medidas sanitarias durante la travesía.—Medidas sanitarias en las arribadas; escalas y comunicaciones.

17. Reglamento.—Medidas sanitarias en los puertos de llegada.—Clasificación de buques desde el punto de vista sanitario.

18. Reglamento.—Régimen sanitario de los barcos por enfermedades infecciosas: Circular de 29 de Mayo de 1916.—Real orden de 27 de Marzo de 1918.—Real orden de 2 de Febrero de 1920.—Circular de 9 de Mayo de 1920.—Real orden de 25 de Mayo de 1920.

19. Reglamento.—Régimen sanitario de los barcos por peste.—Real orden de 17 de Noviembre de 1921.—Real or-



den de 23 de Febrero de 1922.—Real orden de 31 de Julio de 1922.—Circular de 8 de Abril de 1924.

20. Reglamento.—Régimen sanitario de barcos por cólera.

21. Reglamento.—Régimen sanitario de los barcos por fiebre amarilla.—Circular de 4 de Mayo de 1915.

22. Reglamento.—Disposiciones vigentes sobre vacunación antivariólica de tripulantes y pasajeros.—Real orden de 27 de Septiembre de 1921.

23. Reglamento.—Sanidad de fronteras.—Organización y funcionamiento de las estaciones sanitarias terrestres.—Servicios sanitarios permanentes de ferrocarriles.—Idem en casos de epidemia.—Real orden y Real decreto de 14 de Junio de 1924.

24. Reglamento.—Disposiciones vigentes sobre desinfección, importación y tránsito de mercancías y equipajes.—Derechos sanitarios en relación con los servicios de Sanidad exterior.

25. Reglamento.—Contratación de servicios, infracciones y penalidad.

26. Reglamento.—Disposiciones vigentes sobre reconocimiento y análisis de substancias alimenticias en régimen de importación.—Circular de 11 de Enero de 1922.—Real orden del Ministerio de Hacienda de 18 de Septiembre de 1922.

27. Disposiciones vigentes sobre importación, circulación y exportación de trapos.—Real orden de 3 de Mayo de 1922.

28. Disposiciones sobre declaración de las enfermedades infecciosas.—Régimen á seguir en Sanidad exterior é interior.—Disposiciones vigentes sobre aislamiento de enfermos y observación ó vigilancia de sanos.—Real decreto de 10 de Enero de 1919.

29. Disposiciones sobre profilaxis antivenérea en España.—Bases aprobadas por Real orden de 13 de Marzo de 1918.—Real decreto de 25 de Febrero de 1919.—Circular de 22 de Abril de 1922.—Tratamiento de tripulantes afectados de enfermedades venéreas.—Real orden de 27 de Mayo de 1922.

30. Disposiciones vigentes sobre adulteración, falsificación y alteración de las substancias alimenticias.—Real decreto de 22 de Diciembre de 1908.—Real orden de 5 de Marzo de 1920.—Real decreto de 17 de Septiembre de 1920.

31. Disposiciones vigentes sobre Policía mortuoria.

32. Ley de Epizootias de 18 de Diciembre de 1914.—Real decreto de 15 de Mayo de 1917.—Real decreto de 30 de Agosto de 1917.

33. Ley de Emigración y Reglamento para su ejecución.—Relaciones de Sanidad exterior con emigración.

34. Organización y funciones de los servicios médicos en la Marina de guerra española.—Idem en la Marina mercante.—Real orden de 20 de Mayo de 1920 y disposiciones posteriores.

35. Convenios sanitarios internacionales anteriores al de París de 1903.

36. Convenios internacionales de París de 1903 y 1912.

37. Oficina internacional sanitaria de París.—Comité y organización sanitaria de Higiene de la Sociedad de las Naciones.—Organización internacional de la Cruz Roja.

38. Consejos sanitarios internacionales de Egipto, Constantinopla, Tánger y Teherán.

39. Convenio sanitario entre España y Portugal, que empezó á regir en 1.º de Agosto de 1921.—Organización sanitaria de Portugal.

40. Nociones sobre legislación sanitaria de los principales países de Europa.

41. Nociones sobre legislación sanitaria de los principales países de América.

42. Estatuto municipal de 8 de Marzo de 1924.—Su estudio sanitario, así como el de los diferentes Reglamentos de servicios de aquél dimanados.

Madrid, 19 de Noviembre de 1924.—El director general, F. Murillo. (*Gaceta* del 29 de Noviembre.)

#### REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Habiendo sido elevadas á este Ministerio por algunas autoridades sanitarias de puertos y por armadores y consignatarios de buques diferentes consultas acerca de las horas y días hábiles en los servicios de Sanidad exterior:

Vistas las Reales órdenes de 17 de Septiembre de 1910 y 29 de Noviembre de 1923 y el vigente Reglamento orgánico de Sanidad exterior, y teniendo en cuenta la importancia y carácter urgente que en casi todos los casos reviste el servicio sanitario de los puertos, razón por la cual es forzoso que las horas de trabajo sean en mayor número que las asignadas á las demás dependencias del Estado, pero cuidando al mismo tiempo de que los funcionarios disfruten del necesario reposo,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Los servicios de admisión de buques y reconocimiento de pasajeros á su llegada se realizarán todos los días del año y de sol á sol.

2.º El reconocimiento de pasajeros y sus equipajes en las Estaciones sanitarias fronterizas se subordinará al horario oficial de llegada y salida de trenes.

3.º Las horas hábiles de oficina para el resto de los servicios facultativos y burocráticos, en todas las dependencias regidas por el Cuerpo médico de Sanidad exterior, serán de nueve á trece y de quince á diez y seis todos los días laborables.

4.º Los directores de Estaciones sanitarias de puertos y fronteras señalarán, de acuerdo con las necesidades de cada localidad y dentro de las horas citadas en la regla segunda, aquellas en que han de realizarse los distintos servicios técnicos de vacunación, laboratorio bacteriológico y químico, consultorio antivenéreo, desinfección, desratización, asistencia de infecciosos aislados en las enfermerías de las dependencias, auxilios en accidentes ocurridos en la zona del puerto, reconocimiento de substancias alimenticias, etc.

Esta distribución del horario se notificará al público por medio de carteles que en sitios bien visibles se colocarán en las Estaciones sanitarias.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos que se interesan. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 12 de Diciembre de 1924.—El general encargado del despacho, Martínez Anido.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 13 de Diciembre.)

#### Dirección general de Sanidad.

En virtud de lo dispuesto en la circular de esta Dirección de fecha 15 de Noviembre último (*Gaceta* del 18), á las plazas de personal facultativo anunciadas á oposición en dicha circular y en la de 3 del presente mes (*Gaceta* del 4) se agregan las siguientes plazas del Instituto de Higiene de Canarias:

*Instituto de Higiene de Canarias.*—Por acuerdo de la Comisión permanente de la Junta provincial de Sanidad y de la Junta administrativa de la Brigada sanitaria de Tenerife, se sacan á oposición las siguientes plazas con destino al Laboratorio de análisis de alimentos y productos patológicos,



control y preparación de sueros y vacunas del mencionado Instituto de Higiene de Canarias.

1.º Una de médico jefe de la Sección de Bacteriología y director del Laboratorio, dotada con el haber anual de 7.000 pesetas.

2.º Una de médico jefe de la Sección de Vacunación, con 5.000 pesetas.

3.º Una de jefe de la Sección de Química, con 6.000 pesetas.

4.º Una de auxiliar de la Sección de Química, con 4.000 pesetas.

A más de los haberes anteriormente mencionados, que podrá percibir el personal á elección del mismo, como sueldo ó como gratificación, si la totalidad de los ingresos, consistentes en las subvenciones al Laboratorio provincial y á la Brigada insular de Tenerife, consignados en el presupuesto del Ayuntamiento de la capital, más el 0,65 de los ingresos municipales, que figuran en los presupuestos de los restantes Ayuntamientos de la isla, cubrieran los gastos de personal y material de los servicios sanitarios, municipales, insulares y provinciales que se detallan en la organización aprobada por la Comisión permanente de la Junta de Sanidad y la Junta administrativa de la Brigada sanitaria de Tenerife, los ingresos obtenidos por el Laboratorio se repartirán entre el personal técnico del mismo, proporcionalmente á sus haberes de plantilla.

Aun cuando las oposiciones se realicen por el personal á plaza determinada del Laboratorio, caso de que las necesidades del servicio lo requieran, podrán ser destinados á desempeñarlas en cualquiera de las Secciones en que se encuentra dividido el Laboratorio y con arreglo al Reglamento de régimen interior del mismo.

Lo que se hace público para general conocimiento, pudiendo aquellos á quienes interese presentar sus instancias, sujetándose á las condiciones generales de las convocatorias de 18 de Noviembre y 4 de Diciembre, antes mencionadas, en cuanto se relaciona á la documentación y demás particulares que en dichas circulares se expresan y demás condiciones especiales anteriormente señaladas.

Madrid, 15 de Diciembre de 1924.—El director general de Sanidad, *F. Muvillo*. (*Gaceta* de 17 de Diciembre.)

## GRACIA Y JUSTICIA

### Dirección general de los Registros y del Notariado.

#### CIRCULAR

Ilmo. Sr.: Como ya se ha hecho presente por esta Dirección general, la circular de este Centro directivo de 28 de Junio de 1919 dispuso que los jueces municipales comunicasen á los inspectores provinciales de Sanidad las defunciones que inscribieran en los Registros civiles de su cargo ocasionadas por enfermedades infecciosas.

Teniendo en cuenta la importancia de dicho servicio, esta Dirección general ha acordado se recuerde á dichos jueces municipales la más escrupulosa observancia de lo dispuesto, poniéndolo en conocimiento de V. I. á fin de que pueda exigir á los jueces municipales del territorio de esa Audiencia el más exácto cumplimiento de la mencionada circular, imponiendo á los contraventores de la misma la sanción á que hubiere lugar y dando cuenta á este Centro directivo de las correcciones impuestas por V. I. ó por los jueces de primera instancia, que deberán cuidar especialmente de la realización del servicio de que se trata.

Lo que comunico á V. I. para su conocimiento y el de los jueces de primera instancia y municipales, á cuyo efecto

deberá V. I. mandar insertar esta orden en los *Boletines Oficiales* de las provincias del territorio de esa Audiencia. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 2 de Diciembre de 1924.—El jefe superior, *S. Carrasco y Sánchez*.—Señor presidente de la Audiencia de... (*Gaceta* del 10 de Diciembre.)

En los Juzgados de primera instancia de Alora, Arenas de San Pedro y Santafé se hallan vacantes, por fallecimiento, excedencia y promoción, respectivamente, de los que las desempeñaban, las plazas de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de entrada, que deben proveerse por concurso entre sustitutos de todas las categorías con nombramiento anterior al Real decreto de 12 de Abril de 1915, conforme á lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Granada, Madrid y Granada, respectivamente, 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*.

Madrid, 11 de Diciembre de 1924.—El subsecretario, *García-Goyena*. (*Gaceta* del 13 de Diciembre.)

## INSTRUCCIÓN PUBLICA Y BELLAS ARTES

### Dirección general de Primers enseñanza.

Habiéndose incoado ante este Ministerio expediente para clasificar la fundación denominada «Premio de Obstetricia del Dr. Enrique Tello», instituida en Sevilla por el citado médico,

Esta Dirección general ha dispuesto, de conformidad con lo prevenido en el art. 43 de la Instrucción de 24 de Julio de 1913, conceder audiencia á los representantes de dicha fundación é interesados en sus beneficios por un término de quince días, contados desde el siguiente al de la inserción del presente anuncio en la *Gaceta de Madrid*, plazo durante el cual estará de manifiesto el expediente de referencia en la sección de fundaciones benéfico docentes de este Ministerio, de diez á dos.

Lo que se anuncia para general conocimiento. Madrid, 5 de Diciembre de 1924.—El jefe encargado del despacho de la Dirección general de Primera enseñanza, *M. Pozo*. (*Gaceta* del 10 de Diciembre.)

## TRABAJO, COMERCIO E INDUSTRIA

### Inspección Mercantil y de Seguros.

De acuerdo con lo preceptuado por el art. 118 del Reglamento de Seguros, se hace saber que la Empresa personal de seguros sobre enfermedades «Igualatorio Madrileño de Especialidades Médicas y Seguro de Enfermedad», de la que es propietario D. Alfonso Fernández de Sotos y de las Heras, se ha declarado en liquidación voluntaria, y se fija el plazo de un mes, á contar de esta fecha, para que puedan presentar en esta Inspección cuantas reclamaciones crean oportunas todos aquéllos que se consideren perjudicados; transcurrido el cual, se eliminará á la expresada Empresa particular del Registro de las inscritas y será incluida en el Índice de las que se hallan en liquidación.

La oficina liquidadora se halla instalada en esta corte, calle de la Luna, 5.

Madrid, 10 de Diciembre de 1924.—El jefe superior de



Comercio y Seguros, *R. de Iranso*. (Gaceta del 17 de Diciembre.)

**Rectificación.**—Habiéndose rectificado en la *Gaceta* del día 11 la Real orden de la Presidencia del Directorio militar, de fecha 30 de Noviembre, sobre la peste en las Islas Canarias, publicada en la pág. 590 de nuestro número último, debemos poner en conocimiento de nuestros lectores que en la relación de las personas que han de componer la Comisión de Las Palmas se debe añadir el alcalde y el ingeniero director de las obras del puerto.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,7; ídem mínima, 707,2; temperatura máxima, 9°,2; ídem mínima, 0°,2; vientos dominantes, N. NO.

Se siguen observando los estados catarrales agudos de las vías respiratorias y los febriles generalizados de carácter gripal y tifoideo, habiendo aumentado estos últimos.

En los padecimientos crónicos continúan las complicaciones de índole congestiva, particularmente en los sujetos arterioescleróticos.

## Crónicas.

El presente número va aumentado, como el anterior, en cuatro páginas á fin de dar salida de cuanto oficial ha aparecido en la última semana y para no dejar pendiente ninguna noticia que de actualidad consideramos necesaria su publicación.

**Más viruela.**—También en Verín hay viruela y el foco debe ser de importancia, cuando la Junta de Sanidad ha acordado la clausura de las escuelas de varios pueblos.

Se ha establecido en todo el distrito un servicio especial de vacunación á cargo de los médicos titulares, para evitar que la epidemia tome mayor desarrollo.

**De la conferencia del opio de Ginebra.**—Según leemos en algunos partes publicados por la prensa diaria, los países no productores de opio coinciden en el criterio de establecer una enérgica reglamentación en el consumo de esta substancia.

Parece ser que los representantes de los países productores no pueden acceder á esta orientación y que la Comisión española, comprendiendo la ineficacia de un acuerdo tomado en esta forma, presentó una proposición demorando la votación hasta tanto los referidos delegados consultan con sus respectivos Gobiernos y reciben de ellos instrucciones.

La conferencia acordó por unanimidad el aplazamiento.

**Clausura de la Asamblea de Córdoba.**—El día 8 se celebró bajo la presidencia del inspector provincial de Sanidad, D. Miguel Benzo Cano, la sesión de clausura de la Asamblea provincial de médicos titulares. Se dictó el tema referente á la supresión de las iguales y fueron pronunciados acertados informes. El Dr. Alijo propuso un voto de gracias al Colegio Médico por la acertada organización de la Asamblea. El Dr. Benzo hizo el resumen de los discursos y abogó por la estrecha unión de los titulares.

Al regresar de la finca de Ruzafa, los asambleístas médicos asistieron á un festival organizado en el Círculo de la Amistad, donde dió un concierto la banda del regimiento de la Reina, y luego se celebró un baile en honor de los asambleístas.

**Un médico muerto á tiros.**—Copiamos del diario *La Voz* el siguiente telegrama:

«*Sevilla 17 (3,30 L).*—En el pueblo de San Nicolás del Puerto ha ocurrido un trágico suceso que ha costado la vida al médico titular D. Joaquín Márquez Rodríguez.

El vecino Rafael Flores avisó al médico para que visitara á su hijo Antonio Flores Martín, de veintiocho años, que se hallaba enfermo en cama. Apenas entró en la habitación el Sr. Márquez, el enfermo, que tenía oculta entre las ropas una escopeta, hizo un disparo á bocajarro contra el médico,

que recibió la descarga en el pecho y cayó muerto al suelo. Interrogado el agresor por el juez, manifestó que desde hace tiempo le visitaba el médico, sin hallar mejoría, y que decidió matarlo, por estar seguro de que con su muerte él recobraría la salud.

El Sr. Márquez deja ocho hijos. El suceso ha causado honda impresión en el pueblo. (Febus.)»

**Academia Médico-Quirúrgica. Concursos.**—La Academia Médico-Quirúrgica Española anuncia para este curso los dos premios siguientes: premio Rodríguez Abaytúa, pesetas 1.500. Tema: «Cirugía del corazón y grandes vasos»; premio de la Academia, 1.000 pesetas. Tema: «Diagnóstico bioquímico del embarazo».

En el Colegio de Médicos, Gran Vía, 8, se facilitarán programas impresos, que se envían, además, por correo á quien los pida, en sobre á ese domicilio y al señor administrador de la Academia.

**En honor de Gómez Ferrer.**—Con asistencia de las más significadas personalidades de la Cátedra y de la Medicina, se ha celebrado el día 10 en el Hospital provincial de Valencia el acto de descubrir en el departamento de niños la lápida que ha de perpetuar la memoria del Dr. Gómez Ferrer.

La leyenda de la lápida es como sigue: «A la memoria del Dr. D. Ramón Gómez Ferrer, varón sabio y bueno, gloria de la escuela médica valenciana, alivio y consuelo de la niñez enferma. Falleció en 12 de Junio de 1924. La Diputación provincial le dedica este recuerdo.»

A continuación del descubrimiento se pronunciaron elocuentes discursos enaltecedores de la obra del Dr. Gómez Ferrer.

**VII Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía.**—Tendrá lugar en Roma los días 7, 8, 9 y 10 de Abril de 1926.

Los asuntos inscritos en la orden del día son los siguientes:

1) Crioterapia del cáncer uterino. 2) Terapéutica de los tumores cerebrales. 3) Cirugía del bazo. 4) Absceso del hígado. 5) Resultados lejanos del tratamiento de la epilepsia jacksoniana.

Se organizará un viaje antes y después del Congreso. Los congresistas visitarán Milán (1.º de Abril), Padua (2 de Abril), Venecia (3 de Abril), Bolonia (4 de Abril) y Florencia (5 de Abril); Génova (13 de Abril), Pavia (14 de Abril) y Turín (15 de Abril).

Para toda clase de informes dirigirse á Monsieur le Docteur L. Mayer, secrétaire de la S. I. C., 72, rue de la Loi, en Bruxelles.

**Donativos.**—De su visita de regreso del Congreso de Medicina de Sevilla, el Dr. Eduardo Gradaille, presidente del Colegio de Médicos de la Coruña, se ha tomado la molestia, como otros años ya lo ha hecho, de venirnos á visitar, así como á las niñas de Pinto, y de regalarnos unas exquisitas cajas de bombones.

Hemos recibido también, para los niños de Salamanca, de dos señores médicos de allí, la cantidad de 20 pesetas.

Asimismo el Dr. D. Luis Marco nos ha regalado para la biblioteca unos costosos volúmenes titulados «Recuerdos y Bellezas de España».

Damos á todos estos señores las más expresivas gracias por su atención, y les testimoniamos desde estas columnas nuestra gratitud.

Damos las gracias más expresivas á los señores que nos han remitido fondos, por conducto de nuestro querido y celosísimo director D. Antonio M. Menéndez, cantidad que se aproxima á 2.000 pesetas, con objeto de ampliar la adquisición de material para el gabinete de Física, Química é Historia Natural, como asimismo el de Dibujo. (De *El Huerfano*.)

**Nuestros cambios.**—Como hemos dicho varias veces, concedemos á todos los periódicos médicos el cambio con nuestra Revista. Muchos de ellos llegan á nuestras manos con un retraso considerable; otros ni con retraso. Suponiendo que por circunstancias imprevistas algunos periódicos no los recibimos con la puntualidad debida, somos condescendientes y continuamos la remisión de nuestro número que semanalmente aparece; mas nos vemos seriamente contrariados y perjudicados al ver que transcurren meses y no recibimos número alguno de otras revistas, y dándolas por desaparecidas le comunicamos nuestra justa decisión de sus-



pender al envío de la nuestra. No recibimos ni respuesta, y por estas causas hemos tomado la decisión, que en modo alguno alteraremos, de retirar el cambio á toda revista que después de un mes de la fecha de su aparición no haya llegado á nuestros manos y á las que nos llegan con las fechas de dos y tres meses anteriores.

Daremos cuenta en esta sección de los pormenores que nos obligan á obrar en tal forma.

Por hoy sólo diremos que en 1.º de los corrientes hemos retirado el cambio á *El Hospital*, periódico de Madrid que no recibimos desde el mes de Junio y á *La Información Médica*, de Cuenca, que en el año actual hemos recibido algunos números del pasado año.

**¿Nueva Revista?**—Llega á nuestras manos el primer número de *Federación Sanitaria Valenciana*, órgano oficial de los Colegios de Veterinarios, Practicantes y Matronas hasta aquí confundidos con las demás clases sanitarias en *El Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana*.

Y sin que por nuestra parte añadamos comentario alguno á los muchos que por ahí se hacen acerca del hecho que estamos seguros no tiene en sí nada de particular, ¿quieren decirnos los citados colegas á qué obedece esta disgregación?

**Vacante.**—Camufias (Toledo), con 6.000 pesetas. Solicitudes hasta el 9 de Enero.

**Homenaje á Francos Rodríguez.**—Con motivo del ingreso en la Asociación Española del Sr. Francos Rodríguez, el día 6 se celebró en casa del Dr. Fernández Alcalde la entrega de un álbum en el que le rinden homenaje las más ilustres firmas de la intelectualidad española.

Al acto asistieron el infante D. Fernando, el patriarca de las Indias, el obispo de Madrid-Alcalá, el general Weyler, nutridas representaciones del Cuerpo consular suramericano y numerosos periodistas, literatos y médicos.

**El Dr. Cheinisse.**—A consecuencia de un accidente de automóvil, falleció en París, en los últimos días de Octubre, el Dr. Cheinisse.

Era una figura sobresaliente del periodismo médico.

Fué colaborador asiduo de la *Semaine Médicale*, y al desaparecer ésta al principio de la guerra, de *La Presse Médicale*, en Francia; del *Journal of the American Medical Association*, en Estados Unidos, y de *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, en España.

Era autor de varias importantes obras científicas, entre ellas *Los medicamentos cardíacos* publicada en castellano.

Ultimamente estuvo en España con motivo del Congreso de Sevilla al que llevó la representación de *La Presse Médicale*.

**La enseñanza de la Patología general en la Facultad de Medicina de Madrid.**—El catedrático de Patología general de esta Facultad, profesor García del Real, ha solicitado la colaboración de otros catedráticos para que expliquen las materias del programa de la asignatura cultivadas preferentemente por ellos.

Han tenido lugar, en el pasado mes de Noviembre, seis conferencias del profesor G. Pittaluga sobre las «Reacciones de defensa, leucocitarias, humorales y anatomopatológicas de los organismos atacados por antígenos parasitarios», acompañadas de proyecciones y de exposición de láminas.

He aquí el esquema de estas conferencias: La reacción leucocitaria: a) reacción local: 1) hematogénica (por diapedesis, 2) histiogénica (por leucopoyesis local); b) reacción general ó hemática: 1), global ó cuantitativa; hiperleucocitosis, leucopenia; 2) específica ó cualitativa; c) la fórmula leucocitaria normal y sus variaciones. Origen y significación fisiopatológica de los diversos tipos de leucocitos, en la sangre normal y patológica; 1) leucocitos de la serie mieloide ó granulocitos, 2) de la serie linfóide ó linfocitos, 3) monocitos, 4) tipos patológicos. Mecanismos fisiopatológicos de la reacción leucocitaria: a) fagocitosis, digestión endocelular, b) la actividad diastásica de los leucocitos, c) significado diagnóstico y pronóstico de las más importantes alteraciones leucocitarias; polinucleosis ó neutrofilia, alteraciones del esquema de Arneth, eosinofilia, linfocitosis, monocitosis, presencia de pleocariocitos, dismorfocariocitos, células cianófilas, etc. La reacción humoral; su enlace con la leucocitaria; elementos celulares, tejidos y órganos que intervienen en las reacciones humorales: a) alexina ó complemento; b) los fermentos

elaborados por la acción diastásica de los leucocitos, c) aproninas, d) anticuerpos propiamente dichos (aglutininas, precipitinas, citolisinas, etc.). Procedimientos para poner de manifiesto la presencia de reactivas (aglutinación, precipitación, fijación del complemento, prueba de las lisinas *in vivo*, pruebas de alergia). La reacción anatomopatológica é histopatológica (reacción leucopoyética local, proliferación del tejido conectivo perivascular ó peritelio y lesiones vasculares consecutivas). Reacción conectiva fibroesclerosa. Neurosis y degeneraciones celulares. Metaplasias y neoplasias como consecuencias posibles de reacciones contra los antígenos parasitarios.

Es digna de alabanza esta amplitud de criterio demostrada por el profesor García del Real, contribuyendo así á desterrar las normas rutinarias que aún perduran en la enseñanza de otras disciplinas.

**Excipiente inerte.**—El discreto, como la gustosa abeja, viene libando el noticioso néctar que entresacó de lo más florido, que es lo más granado.

(Gracián.)

*Ergo ubi aequae urget indicatio vitalis et simul alia quolibet, erit tum semper satisfaciendum priori.*—Así, pues, siempre que sea tan urgente la indicación vital, como cualquier otra, siempre es menester atender á la primera.

(Boerhaave.)

**La Antisepsia bronco-pulmonar.**—Al número presente se acompaña un prospecto sobre los productos Cognet, recomendando la lectura y pedido de muestras con la tarjeta que también se incluye, á los Sres. Armingeat y Cia, 43, Rue de Saintonge, París (3º).

**Perhidrol de Magnesio y de Zinc.**—Con el número presente acompañamos un prospecto sobre el Perhidrol de Magnesio y de Zinc, recomendando la lectura y pedido de muestras á E. Merck, Darmstadt (Alemania).

## 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.

**SIL - AL**

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

**SOLUCION BENEDICTO**  
Glicerol-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 MÉDICO.

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