

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

J. DE AZÚA  
Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.

L. CARDENAL  
Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.

V. CORTEZO  
Profesor del Instituto Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY  
Médico del Hospital General de Madrid.

A. FERNÁNDEZ  
Alumno de Medicina.

M. GAYARRE  
Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.

A. GARCÍA TAPIA  
Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.

F. GONZÁLEZ AGUILAR  
Director-Médico del Instituto Cervantes.

J. GOYANES  
Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ  
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO  
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

F. LOPEZ PRIETO  
Ex-Médico-Titular.

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

J. MADINAVEITIA  
Médico del Hospital General de Madrid, Profesor Agregado de la Facultad de Medicina.

G. MARAÑÓN  
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

A. MEDINA  
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.

B. NAVARRO CÁNOVAS  
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

J. ORTIZ DE LA TORRE  
Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

S. PASCUAL Y RÍOS  
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.

A. PULIDO MARTÍN  
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

P. DEL RÍO HORTEGA  
Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

G. RODRÍGUEZ LAFORA  
Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

JOSÉ SANCHIS SANUS  
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.

F. TELLO  
Sub-Inspector General de Sanidad

L. URRUTIA  
Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

### 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: Gibraltar: Apuntes para un estudio sanitario, por Víctor M.<sup>a</sup> Cortezo.—Tratamiento de la esclerosis en placas por el salvarsán, por el Dr. César Juarros.—Consideraciones históricas y críticas acerca de la catarata y de su tratamiento, por el profesor Márquez. Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Sobre la provisión de cátedras, por V. Prieto.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo.—Sociedad Ginecológica Española, por Cospedal (hijo).—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## GIBRALTAR

Apuntes para un estudio sanitario

POR

VICTOR M.<sup>a</sup> CORTEZO

(Fotografías y dibujos de V. Serrano).

Gibraltar..., la interesante plaza inglesa, dije colgante de la península, que con los lusitanos compartimos, no es suficientemente conocida por nosotros, y a este desconocimiento se debe, sin duda alguna, la injusta indiferencia que nos inspira. Efectivamente, a excepción de algunos pueblos del Sur que, por razones de vecindad, mantienen relaciones de orden mercantil (no exento de clandestinidad en muchos casos) con dicha plaza, resulta escaso el número de españoles que después de visitarla haya podido formar un juicio de lo que es, y de lo que significa.

De esto último sería difícil hablar, sobre todo, a quien como yo, español castizo, le resultaría imposible sustraerse a los legítimos y románticos sentimentalismos de la noble raza, a que con orgullo pertenece; pero, prescindiendo de toda consideración de orden político, justo y equitativo

es reconocer la admirable obra realizada por los ingleses para lograr la transformación del peñasco que en la antigüedad se llamó «Calpe», que simbolizó una de las columnas de Hércules, que sirvió de amparo accidental a gran número de pueblos, de cobijo a la piratería..., hasta que Tarik, enviado por Muza, lo ocupó, construyendo en él, el castillo que aún conserva y que dió al peñón el nombre de Gibraltar (contracción del árabe Djebel-Tarik o montaña de Tarik).

Muy avanzado era el siglo XVI cuando la plaza fué agregada a la corona de Castilla; pues si bien fué conquistada un siglo antes (creo que por Guzmán el Bueno), es lo cierto que permaneció durante cien años como feudo del duque de Medina-Sidonia, y que sólo en la fecha a que me refiero lo cedieron a la corona los herederos.

Cuando en 1704 el azar nos lo arrebató (1), la

(1) Digo el azar, porque, según historiadores bien documentados, la expedición de ingleses y holandeses que ocupó el peñón no tenía semejante intento, sino el de entrar en Barcelona, cuyo levantamiento estaba preparado. Al fallar este importante golpe y tener forzosamente que retirarse, se les ocurrió (sin duda por no volverse de vacío) ocupar Gibraltar, en nombre del archiduque Carlos de Austria; y que a Inglaterra no le debió parecer muy correcta la maniobra lo demuestra la destitución del almirante George Rooke, jefe de la expedición.



plaza era un presidio insuficientemente fortificado (1), con una guarnición de 100 hombres y una población total de 400. que, a pesar de tan escasos medios, supo muy bizarramente defender y muy honrosamente capitular nuestro compatriota el capitán D. Diego de Salinas.

La población, que hoy está constituida por 25.500 habitantes, ocupa la parte occidental del peñón y alcanza, escasamente, una cuarta parte de su altura; las dimensiones del peñón son, aproximadamente, 4 kilómetros de longitud, 1 kilómetro 200 metros de anchura y 425 metros de altura máxima.

Precisa verlo, para calcular la enormidad de trabajo que supone la transformación de lo que Teófilo Gautier calificó de «enorme esfinge granítica» en la moderna y cosmopolita ciudad que en la actualidad existe.



Fig. 1.ª—Peñón de Gibraltar.

Lo verdaderamente interesante en este asunto es la participación, casi absoluta, que en el éxito tiene la organización sanitaria, y el respeto y acatamiento a sus ordenanzas que presta el pueblo inglés, consciente de su trascendencia, por estar en ella suficientemente educado.

Pues de no ser así no hubieran podido dominarse ni la situación territorial (constituye el extremo oriental de nuestra bahía de Algeciras), ni la constitución del terreno (calcáreo-jurásico), ni la absoluta carencia de agua (de cuyo abastecimiento hablaré después), ni la frecuencia de nieblas, y la exposición a vientos en extremo violentos, y muy a menudo helados (los que descienden de la serranía de Ronda), ni la escala de 1.500 barcos anuales que allí se aprovisionan de carbón, etc. etc., ni la enorme población transeunte aneja a este movi-

(1) Todavía existe una gran parte de las murallas que construyó Carlos V, cuyas armas campean, perfecta y respetuosamente, conservadas en una de las principales puertas.

miento del puerto, y la constituida por la inmigración de gran número de pueblos mediterráneos...; a lo cual hay que agregar las dificultades de ensanche de la urbe, constituida por calles estrechas y sombrías y escasas plazas, elementos todos ellos tan hostiles a la humanidad, y que ni aislados ni unidos han podido evitar que Gibraltar sea una población de envidiable estado sanitario, que desconoce las epidemias, y sabe precaverse contra las epidemias.

Bien es verdad que la institución municipal de Gibraltar no se llama Concejo, ni Ayuntamiento: se llama «Sanitary Comisioners», cuyo dato creo que será más que suficiente para que el lector se dé cuenta de la importancia que en la ciudad inglesa se da al régimen sanitario.

La organización, a base de autoridad y disciplina, constituye en este caso, debido a sus condiciones especialísimas, un pequeño, pero excelente, botón de muestra, muy aprovechable para los gobernantes que, provistos de suficiente intelectualidad, sean capaces de desertar de la ambiente rutina y, asomándose al campo del altruismo, tomen buena nota de lo rápidos y espléndidos intereses que produce cuanto por la Sanidad se hace, y cuanto en la Sanidad se emplea.

Siendo esta institución eminentemente civil, su dirección está confiada a un jefe militar, buena prueba de la diplomacia imperante en el carácter inglés, que tan bien sabe evitar conflictos de competencia, y concentrar los servicios. Resolución esta muy práctica en el caso que estudiamos, puesto que la población resulta dividida en

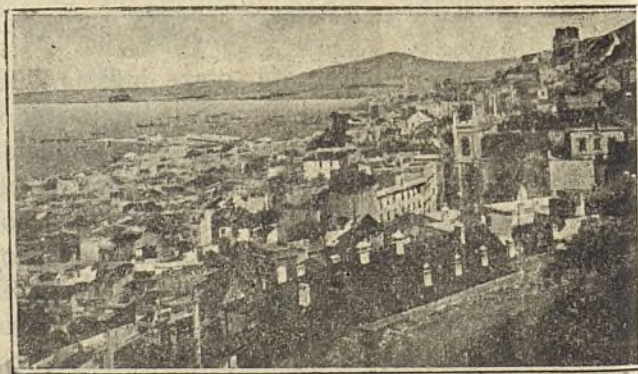


Fig. 2.ª—Gibraltar.—Vista parcial de la ciudad.

dos: una civil, regida por el secretario colonial, en nombre de la autoridad suprema, que es el gobernador, y otra militar, representada por el Almirantazgo. La primera es abordable al turista sin trabas de ningún genero; la segunda constituye un coto cerrado a toda curiosidad, y al cual



no tiene acceso sino un limitado número de privilegiados.

El contarnos en él nos obliga a no pasar adelante sin ratificar nuestra gratitud al secretario colonial, Mr. C. V. J. Orr, y a nuestro dignísimo cónsul general, Sr. Sáez de Tejada.

«Sanitary Comisioners» es un organismo a un mismo tiempo tutelar y dictador de la población; vigila, inspecciona y fiscaliza todas las modalidades de vida del pueblo de Gibraltar; dirigido y regido por Mr. Parkinson y Mr. Joseph M. Day, logra, merced al celo de estos señores, un madero, cuyo movimiento aumenta considerablemente por años, perfectamente instalado y muy bien abastecido, y unos mercados de carnes, frutas, pescados y verduras, racionalmente contruados e instalados según las más exigentes normas de la higiene.

En funciones, pues, de Laboratorio municipal, analiza la calidad de toda clase de alimentos, y respecto a aquellos más asequibles a la propagación de enfermedades, adopta medidas enérgicas e infalibles; por ejemplo: existiendo en escaso número el ganado vacuno, y resultando insuficiente para el abastecimiento de la población (lo que quedó palpablemente demostrado en 1918, en que se prohibió por motivos de salud pública la importación), el suministro de leche en Gibraltar tienen que realizarlo, en sus cuatro quintas partes, los pueblos españoles vecinos, diariamente una gran cantidad de dicho artículo, precisa para llenar las necesidades del vecindario. Pues bien: no se consiente la entrada de leche si no está previamente hervida, lo cual, y al mismo tiempo que la pureza, comprueba el Laboratorio en las puertas de la plaza. De análoga manera se conduce con lo que se refiere a vinos, aceites, carnes, etc., etc.

\* \* \*

El abastecimiento de aguas en Gibraltar es muy interesante, y puede asegurarse, salvando la reverencia, de que no puede prescindir un tan convencido creyente como yo, que casi refleja el milagro realizado por Nuestro Señor, por intermedio de Moises, al sacar agua de la peña.

Dos clases de agua abastecen la población: la Brackish-Water, o Sanitary-Water, que es como más vulgarmente se la denomina, procedente de filtraciones del Mediterráneo, y, por consiguiente, tan abundante como el más exigente pudiera desear. Se destina al riego y limpieza de las calles, y se hace llegar a todas las casas para el entretenimiento de retretes, fregaderos, lavabos...

en una palabra, para todo uso doméstico, a excepción de la bebida. Este importantísimo destino queda encomendado a las aguas pluviales, que son recogidas en la siguiente forma:

En dos vertientes del Peñón, y ocupando aproximadamente el tercio medio de su altura, existen dos campos, escrupulosamente vigilados, de chapa ondulada, recubierta de una tenue capa de cemento (a; figs. 3.<sup>a</sup> y 4.<sup>a</sup>); el agua de lluvia que resbala por las ondulaciones de la plancha, cada una de las cuales se convierte en un pequeño canal, viene a reunirse en un caz conductor, construido en cemento, que ocupa todo el borde inferior del campo ondulado, y que, provisto de la inclinación precisa, aduce (b; figs. 3.<sup>a</sup> y 4.<sup>a</sup>) el agua a determinados puntos, en los cuales, y tallados en la roca, comienza una serie de túneles que, internándose en el seno de la peña, conducen el agua (imposible de contaminar) a cinco grandes depósitos, también tallados en la roca, y en los cuales comienza la distribución periférica (fig. 3.<sup>a</sup>).

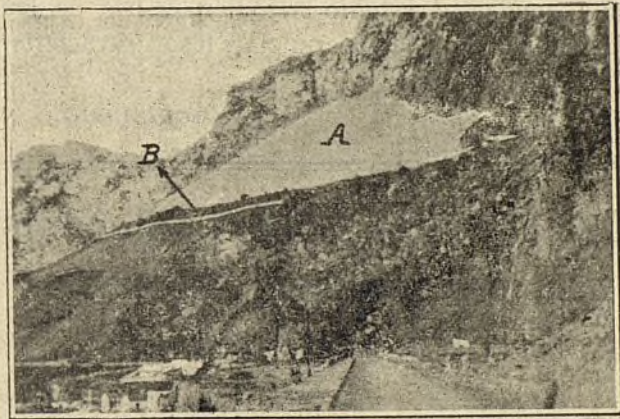


Fig. 3.<sup>a</sup>—Gibraltar. Abastecimiento de aguas potables.

Estos depósitos tienen una capacidad de 7.000.000 de galones (o 31.500.000 litros), cantidad que se refuerza con el algibe del castillo morisco (que es de 1.271.000 galones). El total de agua recogida por este procedimiento en el pasado año de 1919 fué de 19.689.956 galones (78.759.824 litros).

Estas aguas son sometidas a un análisis bacteriológico y químico mensual, y su calidad, desde el punto de vista sanitario, queda demostrada con decir que nunca se ha encontrado el B. Coli en 25 c. c.

Antes, estas aguas se sometían a la filtración; pero, convencidos pronto de la inutilidad del procedimiento, fué sustituido por el más racional de la sedimentación, no consintiendo el reparto del



agua sino después de una permanencia de quince días en los depósitos. Las figuras que acompañan darán mejor idea de esta original recogida de aguas y suplirán los defectos de esta descripción.

Esta manera tan sencilla de resolver el pro-

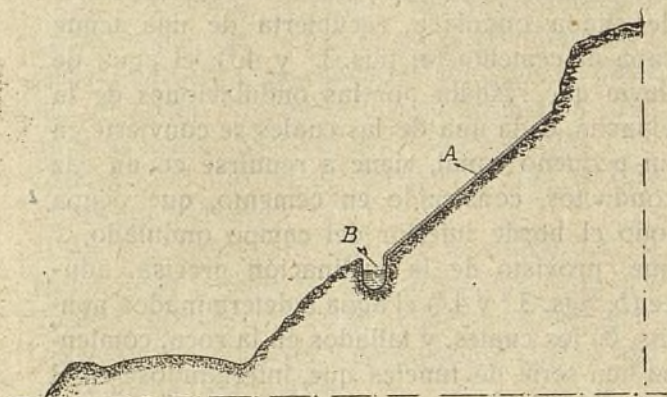


Fig. 4.ª—Gibraltar. Abastecimiento de aguas potables (corte vertical).

blema del agua en Gibraltar pone claramente de manifiesto lo que a la inteligencia humana pueden ayudar el estudio metódico, y frío de las cuestiones, y la perseverancia y tesón característicos de una raza.

(Continuará.)

## Tratamiento de la esclerosis en placas por el salvarsán

(Tres observaciones personales)

POR EL

DOCTOR CESAR JUARROS

PROFESOR DE PSIQUIATRÍA DE LA ACADEMIA DE SANIDAD MILITAR, PROFESOR DE PSIQUIATRÍA FORENSE DEL INSTITUTO ESPAÑOL CRIMINOLÓGICO, JEFE DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR DE URGENCIA. (MADRID)

.....802.....

Hace treinta y seis años publicó Pierre Marie en *Progrès Medical* un trabajo defendiendo que la esclerosis en placas no era una esclerosis de los centros nerviosos, sino una inflamación diseminada. Para este autor las lesiones de dicha enfermedad tenían un carácter marcadamente inflamatorio.

Ante tal opinión no tardaron en dividirse los neurólogos en dos bandos: defensor uno del origen exógeno y mantenedor el otro de la probabilidad de una etiología endógena. Al frente de este segundo grupo figuró en lugar preeminente Strumpell. Los autores por él acaudillados han ido perdiendo, poco a poco,

terreno, y hasta permitir a Antón y Wohlwill (1) sostener en 1910 que la mayoría de los tratadistas consideran ya la esclerosis en placas como afección inflamatoria de origen toxi-infeccioso.

Y tan en la conciencia de todos va estando la realidad de esta patogenia, que el mismo Strumpell, el enemigo acérrimo de ella, véese obligado a reconocer cómo la idea va ganando terreno, aun cuando todavía no pueda afirmarse rotundamente su exactitud (2).

Orientado el concepto antomo-patológico en este sentido, fué uno de sus impulsos principales el trabajo de Siemerling y Baecke (3), demostrando cómo la lesión fundamental de la esclerosis en placas hállase representada por focos que tienen un punto de partida vascular, verdaderas infiltraciones inflamatorias, donde las alteraciones neuróglícas más que proceso cicatricial son reacción contra la causa nociva circulante en la sangre (Rindfleisch, Pierre Marie) y quizás en las meninges y vainas vasculares.

Afianzado el criterio, aumentan sus partidarios y así, por ejemplo, en 1913, Beriel (4) afirma que la naturaleza inflamatoria y de la esclerosis en placas no puede discutirse y en el año actual Steiner (5) sostiene, con irrefutable argumentación, que la causa de la enfermedad sólo una infección puede ser.

Encauzadas de tal modo las investigaciones, viene a representar valioso hallazgo la semejanza entre las lesiones de la esclerosis en placas y la parálisis general.

Los antecedentes y apoyos clínicos al trabajo de Spielmeyer, de que luego hablaremos, son numerosos. Dercum, en 1911 (6), publicó un caso de esclerosis en placas, considerado durante mucho tiempo como de sífilis espinal, afirmando el autor que el hecho no tiene nada de sorprendente.

Henri Claude llama la atención en 1912 (7) acerca de ciertas modalidades de sífilis medular, muy parecidas a la esclerosis en placas, llegando algunas veces a hacer difícil el diagnóstico.

Dercum, en el mismo año (8), historia un enfermo de veinte años, hijo de tabético, que presenta un síndrome clínico de parálisis general: trastornos mentales, trastornos de la palabra, temblor de manos, labios y lengua, desigualdad e irregularidad pupilar, reflejo luminoso alterado en un lado, dos ataques de hemiplegia transitoria. En la autopsia esclerosis múltiple, con placas en todo el sistema nervioso central.

Nino de Paoli (9) estudia un caso de esclerosis en placas de origen sífilítico. Juquélíer y Fillassier (10) presentan a la «Société medico-psychologique» un síndrome de parálisis general con síntomas motores que recuerdan vivamente a la esclerosis en placas.

(1) *Zeitschrift a ges Neurol u Psych* XII.

(2) *Neurol Centralb*, 1918 núm. 12.

(3) *Archiv. f Psych* XLVIII S. 824.

(4) *Lyon Médical*, núm. 1.117, 1913.

(5) *Therap. Hahblmonatsh*, 1920 Heft 3.

(6) *The Journal of Nervous and Mental Disease*, página 280, 1911.

(7) *Bulletin medical*, página 15, 1912.

(8) *The Journal of the American medical Association*, pág. 1612, 1912.

(9) *Annali del Manicomio provincial di Perugia, Gasc.* 3-4, 1911.

(10) *Annales medic-psychologiques*, página 214, 1912.





Por otra parte existen observaciones como la de Baum, en la cual (1) no resulta posible inclinarse por una esclerosis en placas o por una encéfalomiélitis diseminada.

En semejante ambiente forzosamente había de alcanzar gran resonancia el trabajo de Spielmeyer, demostrando (2) la semejanza *anatómica* entre algunas lesiones de la parálisis general y la esclerosis en placas.

Consecuencia inmediata del trabajo fué la comprobación de la reacción de Wasserman en los escleróticos en placas. ¿Sería una infección sifilítica la causa de la enfermedad? El Wasserman se muestra negativo en la casi totalidad de los casos. Recientemente Josephy (3), en 37 casos de esclerosis en placas en soldados, obtuvo: Wasserman en sangre constantemente negativo. En 34 análisis de líquido céfalo-raquídeo Nonne-Apelt seis veces positivo; pero la mayoría débil, linfocitosis sólo en dos casos.

No obstante resultados tan poco animadores, los neurólogos persisten en la tarea de precisar la etiología avariósica de la esclerosis en placas y no tardando empiezan a inyectar a animales líquido cefalorraquídeo procedente de enfermos de dicho padecimiento.

El primero que consigne producir así una parálisis espinal en los conejos es Bullocks (4); pero los resultados más interesantes los obtuvieron en 1917 Kuhn y Steinert (5), que en conejos y conejillos de Indias, inyectados con líquido cefalorraquídeo y sangre, hallaron en muertos y supervivientes la presencia en el líquido sanguíneo de un espiroqueto. Lo encontraron también en los vasos hepáticos.

Hauptman en siete casos (6) inyectó sangre y líquido céfalo-raquídeo, no encontrando en la sangre de los animales inoculados espiroquetos.

Stelner (7), en 1917, inyecta líquido cefalorraquídeo reciente, de un enfermo de esclerosis en placas a un mono (*macacus rhesus*). La inoculación la hizo en marzo de 1917, en febrero de 1918 fenómenos paralíticos, en junio del mismo año parálisis espasmódica de las patas, en julio muerte del animal.

En la autopsia focos inflamatorios cerebrales, distribuidos simétricamente por la sustancia blanca.

Marinesco (8) ha repetido las experiencias de Kuhn y Steinert, en el laboratorio de Petit, en el Instituto Pasteur, con dos enfermos del servicio de P. Marie, inyectando 1 c. c. de su líquido cefalorraquídeo, por vía cerebral e intrarraquídea y 3 c. c. por intraperitoneal a 6 cobayos. Conclusiones obtenidas:

I.—La esclerosis en placas es trasmisible debido a un virus, es decir, a un organismo viviente.

II.—Este virus está representado por un espiroqueto especial, diferente del *treponema pálido*.

Dados tales antecedentes fácil resulta comprender cómo una vez admitida la posibilidad de que la esclerosis en placas se deba a un espiroqueto habrán de volverse los ojos hacia la terapéutica salvarsánica, tanto más cuanto que el tratamiento clásico dió siempre escasos resultados.

Por otra parte, conviene no olvidar que muchos autores recomendaban ya el arsénico como recurso valioso. Finalmente, se contaba con el antecedente de los ensayos de Willige (1) que hace diez años, bajo la dirección de Antón, empleó como medicamento dosis crecientes de ácido arsenioso, en inyección hipodérmica.

Fueron de los primeros en pensar en los productos salvarsánicos Kalberlach (2) y Wichura (3).

Este último autor comienza por 0,05 de salvarsán cada dos o tres días, llegando a alcanzar en el espacio de seis semanas la cantidad de 0,30 de medicamento. En los dos casos de Wichura hubo clara mejoría, sobre todo en el estado mental los trastornos sensitivos y la hipertonia, Dreyfus y Kalberlach (4) publicaron en 1919, un trabajo muy interesante, discutiendo las razones de la eficacia del salvarsán. Kretschmer (5) en un caso de encefalomiélitis muy semejante, clínicamente a la esclerosis en placas, basándose en esta semejanza recurre a las inyecciones de salvarsán, no obstante ser negativo el Wasserman, y obtiene resultados sorprendentes.

Un paso más y llegamos al empleo del silbersalvarsán. Dreyfus (6) trata seis casos de esclerosis en placas con silbersalvarsán; y cuatro permanecen iguales y en dos se observan considerable mejoría de los trastornos objetivos y subjetivos.

Kalberlach (7) ha empleado en una serie de casos de esclerosis en placas el silbersalvarsán sódico, siendo el resultado marcadamente favorable, sobre todo, en las alteraciones motoras y sensitivas y los reflejos.

Ante tales efectos, a la manera de lo ocurrido con la parálisis general en el comienzo de la aplicación de los métodos intrarraquídeos, se pensó en la probabilidad de la coincidencia con remisiones espontáneas. En efecto, la esclerosis en placas es dolencia donde suelen observarse atenuaciones y mejorías independientes de todo tratamiento. Leichtnam (8) ha registrado un caso en que la remisión, caracterizada por una vuelta total a la normalidad, duró diez años, y Handelsman (9) otro síndrome por accesos, durando uno de los períodos de normalidad dos años. Oppenheim, Maas, Charcot, Bruce y Buest, han publicado historias clínicas semejantes a éstas.

(1) *Zeitschr f. ges Neurol u Psych*, Heft 4-5, 1912.

(2) *Zeitschr f. ges Neurol u Psych*, Heft I 1910.

(3) *Deutsche Zeitschr f. Nervenheilk*: Heft 5-6-1919.

(4) *Zit nach Simons Neurol Centralbl*, núm. 4, 1918.

(5) *Med. Klinik*, núm. 38, 1917.

(6) *Fortschritte der Medizin*, núm. 35-36, 1918-19.

(7) *Vortrag auf der 44 Wanderversamml süd-w Neurol u Irrenärzte zu Baden-Baden Mai*, 1919.

(8) *Revue Neurologique*, núm. 6, 1919.

(1) *Munchener med. Wochenschr*, 1910.

(2) *Med. Klinik*, núm. 32, 1919.

(3) *Neurol Central*, núm. 9, 1920.

(4) *Med. Klinik*, núm. 32, 1919.

(5) *Berliner Klin Wochenschr*, núm. 35, 1919.

(6) *Munchener med. Wochenschr*, núm. 31, 1919.

(7) *Med. Klinik*, núm. 32, 1919.

(8) *Deutsche Zeitschr f. Nervenheilk*, Heft 5-6-1919.

(9) *Soc. de Neurol et de Psych de Varscovi*, mayo 1912.



Sin embargo, la muy íntima relación que parecen guardar los alivios relatados con la aplicación del salvarsán y el existir enfermos, como uno de Wichura, en que la suspensión del medicamento fué seguida de inmediata agravación, permite alejar la idea de una coincidencia entre las inyecciones de salvarsán y una remisión independiente del medicamento.

Caben por todo ello las siguientes conclusiones:

a) *La esclerosis en placas es una enfermedad de índole inflamatoria.*

b) *Parece debida a la acción de un virus circulante en la sangre.*

c) *Sus lesiones guardan grandes semejanzas con algunas de las observadas en la parálisis general.*

d) *El líquido cefalorraquídeo y la sangre de las escleróticas en placas dan lugar al inyectarse a los animales de laboratorio, a trastornos nerviosos de procedencia cerebro-medular.*

e) *En la sangre de los animales inyectados se halla un espiroqueto distinto del treponema pálido.*

f) *Tratando la esclerosis en placas por los preparados salvarsánicos, se obtienen mejorías, en ocasiones sorprendentes.*

En vista de semejantes conclusiones y a raíz de conocer los trabajos de Wichura, en Mayo del presente año, decidí tratar sistemáticamente por el salvarsán cuantos casos de esclerosis en placas fuesen puestos bajo mi dirección.

Actualmente cuento ya con tres observaciones:

*Observación 1.<sup>a</sup>*—Muchacha soltera, de treinta años, forma típica: empezaron los primeros síntomas en junio de 1918, a los tres meses de una infección gripal. No se precisa herencia alguna relacionable con el actual padecimiento. Tratada infructuosamente por hiosciamina y los tónicos; Wassermann negativo.

Durante los meses de junio y julio dos inyecciones semanales de salvarsán en dosis crecientes hasta alcanzar la cifra de 0,40.

Mejoría considerable, acentuada especialmente en el temblor y la marcha.

Muerta el pasado septiembre, cuando debía reanudar el tratamiento, a consecuencia de una infección intestinal, en el pueblo de su residencia.

*Observación 2.<sup>a</sup>*—Hombre de veintiocho años de edad, sin otro antecedente que un tío carnal, muerto de parálisis general. Enfermo de esclerosis en placas desde hace tres años. El lo atribuye a una mojadura simultánea de una marcha penosísima. Wassermann negativo. Ha tomado dosis enormes de yoduro potásico, inútilmente. El síndrome, totalmente claro y vulgar, con ligera tendencia a predominar en el lado derecho. Dieciséis inyecciones de salvarsán. Dosis máxima alcanzada 0'50. Mejoría acentuadísima: sobre todo el temblor. El enfermo queda en volver en octubre, a primeros, y no vuelve.

*Observación 3.<sup>a</sup>*—Señorita de veintidós años. Hacía tres meses que había principiado el síndrome cuando yo la vi en junio pasado. Herencia limpia. Wassermann negativo. La familia defiende como etiología

segura un susto (?) fuego en la casa. No había tomado más que bromuro cuando llegó a mí.

Como prueba instituí un plan de inyecciones de cianuro de mercurio (tres semanales) y como a la sexta, (doce centigramos de medicamento) el mal sigue progresando rápidamente, apelo al salvarsán, con el cual obtengo a la sexta inyección efectos análogos a los casos anteriores. Durante el verano continúa inyectándola uno de mis practicantes y, en el momento de escribir estas cuartillas se halla en período de descanso, muy mejorada; pero sin que sea legítimo hablar todavía de curación.

¿Deducciones? Tres casos: dos de ellos de tratamiento interrumpido, no autorizan a intentar obtenerlas, tanto más cuanto que tengo el propósito de seguir tratando sistemáticamente por el salvarsán todos los casos de esclerosis en placas. Tiempo habrá de analizar los resultados cuando cuente con más nutrido arsenal de historias clínicas. Por ahora me limito a insistir en que el salvarsán asegura resultados hasta aquí no alcanzados con ninguno otro recurso terapéutico.

13 noviembre 1920.

## Consideraciones históricas y críticas acerca de la catarata y de su tratamiento (\*)

POR EL  
PROFESOR MÁRQUEZ

La segunda observación que cita también Saint-Ives fué hecha en 1708 por M. Petit a un sacerdote cuyo cristalino, en un esfuerzo que hizo años después de haber sido operado por depresión, salió a través de la pupila y se alojó entre el iris y la córnea. A esta operación asistieron Saint-Ives y Mery.

En vista de estos casos y otros análogos, Mery había ya indicado *aunque sólo teóricamente*, en 1707, en una memoria presentada a la Real Academia de Ciencias, pág. 500 (1), que se podría extraer la catarata «por una abertura hecha en la parte inferior de la córnea para evitar que la cicatriz se encuentre enfrente de la pupila.» «Este último medio, aunque inusitado... me parece, por lo menos, tan seguro como el primero, del cual se sirve para abatir la catarata, puesto que se arriesga menos en sacarla al exterior que en abatirla dentro del ojo.»

Treinta y ocho años habían todavía de transcurrir para que esta proposición de Mery fuese llevada a la práctica.

(\*) Véase el número anterior, en el cual, en la página 943, línea 54, se cometió un error que conviene rectificar. Se decía: *...no cabría la córnea para... debiendo decir: ...yo abría la córnea para...*

(1) Citada por Deshaies-Gendron, *Traté des mal des yeux*. París 1770, t. 2, pág. 303.



A Daviel había de corresponder la gloria de erigir la extracción en procedimiento general. Aunque él ha hecho la primera extracción en 1745, su primera publicación es de 1748 (*Mercure de France*, 1748, Sept. pág. 198-221) y su memoria *in extenso* titulada «*Sur une nouvelle methode de guerir la cataracte par l'extraction du cristalin*» es de 1752 (*Merc. de France*, Août 1752, refiriéndose a la sesión de la *Academie de Chirurgie*, 13 avril 1752), Hirschberg (*loc. cit.* página 98 y siguientes) la reproduce íntegra. Retengamos aquí solamente a modo de resumen, que fueron casos semejantes a los de Saint-Ives y Petit los que decidieron a Daviel a ejecutar la extracción. El primer caso fué el de un eremita, que habiendo sido ya operado sin éxito de una catarata en el ojo derecho, llegó a Marsella a hacerse operar por Daviel del ojo izquierdo. Daviel no tuvo más fortuna que su antecesor, pues no pudo abatir la catarata; pero habiendo pasado gran número de masas a la cámara anterior,

Entonces, y todavía antes de decidirse definitivamente por el método de extracción, ideó una nueva manera de operar por descenso, abriendo la esclerótica en el sitio ordinario e introduciendo después una espátula con la cual deprimía el cristalino. Pero este procedimiento no satisfacía a Daviel, en cuyo espíritu la idea de la extracción sistemática iba cristalizando.

El 8 de abril de 1747 operó a otro enfermo, sobre cuyo primer ojo, el izquierdo, le fué imposible deprimir el cristalino. Lo mismo le ocurrió en el otro, y como tampoco pudo deprimir la catarata, se decidió a abrir la córnea como en el eremita, después de lo cual dilató la abertura, e introduciendo una espátula, extrajo de la cámara posterior del ojo todo el cristalino que se había dividido y fragmentado; extracción que fué seguida de la salida de una porción de humor vítreo. A pesar de ello, el enfermo distinguió los objetos después de la operación, y curó sin contratiempo. Desde este momento Daviel concibió la idea de hacer

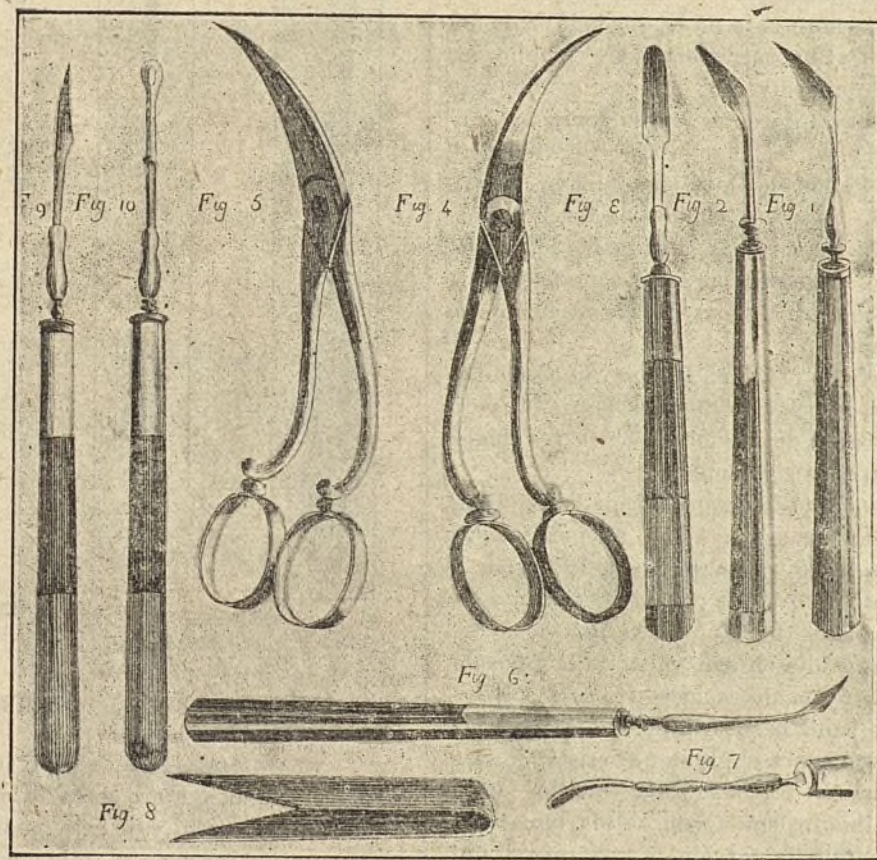


Fig.

se decidió a abrir la córnea y extraerlas. El resultado inmediato fué bueno, pero el ojo se perdió por supuración. Sin embargo, esta operación le hizo formar el propósito de operar en lo sucesivo abriendo la córnea y, buscando el cristalino, hacerle pasar a la cámara anterior a través de la pupila y por fin extraerle. Así lo hizo sobre una mujer, y el resultado fué perfecto. Mas habiéndole puesto en práctica en otros enfermos, los resultados no fueron tan felices.

de la extracción un método general. Después en Lieja, en Reims, en París y en otros sitios tuvo ocasión de practicarla muchas veces.

He aquí el procedimiento, como puede verse en la figura 4:

1.º Incisión de la córnea en la parte inferior por medio de una aguja triangular y algo curva, semejante al actual cuchillo lanceolar (1 de la fig. 4).

2.º Agrandamiento de la abertura por medio de



otra aguja curva también y roma en su extremo, cortante a los lados (2 de la fig. 4).

3.º Terminación de la incisión a un lado y a otro por medio de tijeras curvas sobre el plano y sobre los bordes (4 y 5), introduciendo la rama roma entre la córnea y el iris, a fin de llevar la incisión *un poco por encima de la pupila*.

4.º Levantamiento de la córnea con una especie de espátula (3 de la fig. 4) en forma de cucharilla, e incisión de la cápsula del cristalino con una pequeña aguja punzante y además cortante a ambos lados (6 de la fig. 4). A veces es necesaria *cortar la cristaloides circularmente, y se la puede sacar con pequeñas pinzas* (8 de la fig. 4).

5.º Comprimir nuevamente en la parte superior de la córnea, ayudándose si es preciso, con una pequeña cucharilla de oro, plata o acero (7 de la fig. 4), la cual sirve también para introducirla dentro del ojo y extraer masas cuando la catarata se fragmenta.

De todo esto ha permanecido lo fundamental o sea el método de extracción; pero no ha quedado nada del procedimiento de Daviel, verdaderamente complicado. Es por esto por lo que diversos autores modificaron dicho procedimiento. Citaremos rápidamente las modificaciones esenciales, tomando la mayor parte de estos datos de Mr. Pellier de Quengsy, en cuyo magnífico libro (1) están descritas muchas de las intervenciones que hoy pasan por más modernas, libro que, dicho sea de paso, merecería por sí sólo una conferencia. Vamos a fijarnos en algunas de las cosas interesantes que contiene.

Son éstas, aparte de otras en las que no puedo detenerme ahora, la descripción de unos veinte procedimientos posteriores al de Daviel, de entre los cuales merecen destacarse los siguientes:

1.º *El procedimiento de Lafaye*, (2) de París (Mem. de l'Acad. Roy. de Chir. t. 2. a. 1.753), el cual se servía de un cuchillito largo, cortante de un lado y en el otro romo, excepto cerca de la punta, ligeramente encorvado sobre el plano (fig. 5) y de un *quistitomo*, especie de lanceta oculta en una vaina de la que sale, merced a un resorte cuando es necesario su empleo.

Con el primero hacía la sección de la córnea y después «hacía presión sobre el globo y el cristalino salía de su cavidad (chaton) y caía sobre el carrillo». «Si la membrana cristalina resistía a esta salida tomaba su quistótomo, levantaba la porción de la córnea dividida con la extremidad de la vaina, que introducía prontamente por la pupila hasta la envoltura del cristalino en la cual hacía una pequeña incisión con la punta de la lanceta, que tenía cuidado de hacer salir empujando el resorte cuando había llegado a la cámara posterior, y de hacerla entrar de nuevo cuando estaba seguro de que la membrana estaba abierta.»

(1) *Precis ou Cours d'opérations sur les yeux*, par M. Pellier de Quengsy, fils. Paris et Montpellier 1789, con excelentes grabados en talla dulce que representan los instrumentos y las operaciones oculares.

(2) Pellier, loc. cit., t. I, pág. 351.

Como se ve, Lafaye intentaba primero la extracción en la cápsula, y sólo en el caso de no poderlo lograr, operaba con quistitomia. Este es, pues, un perfeccionamiento ulterior, pues ni en los casos más atrás citados de Saint-Ives ni en los primeros de Daviel, también citados, se habla para nada de la abertura capsular. Sólo, pues, los que no leen pueden permitirse el lujo de decir, arbitrariamente por supuesto, que el procedimiento con quistitomia es el más antiguo y el intracapsular moderno, cuando precisamente ocurre todo lo contrario; que el más antiguo es el procedimiento de extracción total. Es, en efecto, la idea más simplista la que primero se ocurre a los hombres de nuestro arte. Sólo la experiencia les hace ver después la conveniencia de agregar la quistitomia. Daviel idea para ello



Fig. 5.



Fig. 6.

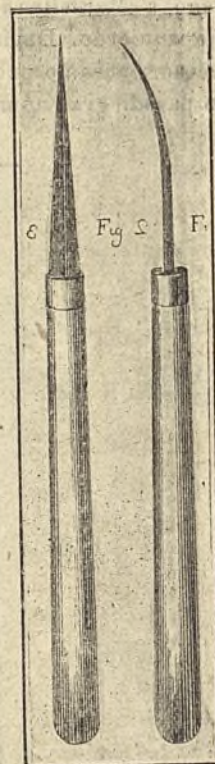


Fig. 7.

su espátula puntiaguda y Lafaye su quistitomo. Más adelante insistiremos sobre esto.

2.º *El de Poyét* (1), en el cual se emplea un cuchillo corto, con un agujero cerca de la punta (fig. 6), por el cual pasa un hilo, y de este modo, una vez hecha la contrapunción, se saca el hilo por la parte interna, y uniéndolo este extremo al de la parte externa, se forma un asa que sirve para fijar el globo hasta terminar la sección inferior. También hace presiones para expulsar el cristalino, y «si esta ligera compresión no bastara para hacer salir el cristalino.... se iría a incidir con la punta del mismo instrumento la membrana que le recubre.» La extracción *in toto* es, pues, también aquí intentada antes de hacer quistitomia.

3.º *En el procedimiento de Tenon* (2) ocurre esto

(1) Pellier de Quengsy, loc. cit. t. I, pág. 353.

(2) Pellier, loc. cit. pág. 355.



mismo. El cuchillo es más estrecho y más corto que el de Lafaye (fig. 7), siendo ambos verdaderos precursores del cuchillo de Graefe.

4.º En el de Berrenger (1) hay un cuchillo trian-



Fig. 8.



Fig. 9

gular, cortante sobre la convexidad (fig. 8), que es a

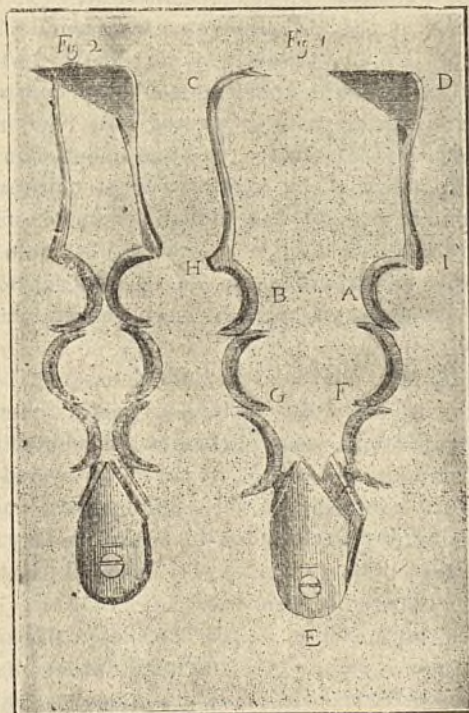


Fig. 10.

su vez el que más tarde se llamará cuchillo de Beer.

(1) Pellier, loc. cit. pág. 389.

5.º El procedimiento de Wenzel (padre) (1) se caracteriza principalmente por el empleo de un cuchillo algo semejante al anterior, pero cortante en los dos bordes cerca de la punta, y llamado *queratotomo*, con el cual hace la sección oblicua infero-externa de la córnea, y antes de hacer la contrapunción la *quistitomia con la punta del cuchillo*. Además en los casos de cristaloides anterior opacificada, (2) se sirve de unas pinzas con las cuales hace la *quistectomia*. En ocasiones hace también la *iridotomía* cuando el cristalino no sale por rigidez pupilar.

6.º En el de Pamard (3), lo original es la fijación del globo al nivel de la parte interna del diámetro horizontal por una pica especial en forma de trébol (figura 9), instrumento útil—dicho sea de paso—y que no merece ser abandonado.

7.º El de Guerin (de Lyon) se caracteriza por el empleo de un aparato especial (fig. 10), que corta de un solo golpe la córnea, a la vez que fija el globo. Para ello el aparato consta de dos ramas que se separan y pueden juntarse rápidamente por un resorte. Una de las ramas termina en punta con un pequeño tope, y la otra es una cuchilla triangular. De este instrumento, de aspecto inquisitorial, y que sólo a título de curiosidad reproducimos, dice Pellier (4) «yo me guardaré bien de aconsejarle a ninguno del Arte».

(Se continuará)

## Periódicos médicos

### CIRUGÍA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Nueva operación contra el pie equinovaro congénito.—El doctor F. Roberts Ober emplea contra el pie equinovaro congénito la operación siguiente: Se practica una incisión sobre la parte media de la articulación tibiotarsiana que principia a cinco centímetros por encima del maleolo en un punto intermedio entre el borde de la tibia y el tendón de Aquiles; se prolonga hacia abajo, después hacia adelante por debajo del maleolo interno, y finalmente hacia arriba, terminando sobre el curreiforme interno. La incisión interesa los tejidos hacia la aponeurosis profunda. El colgajo formado así se separa de la extremidad inferior de la tibia.

Se hace después otra nueva incisión, que principia en la corredera tibial posterior 12 a 16 milímetros debajo del maleolo interno, y se prolonga hacia adelante por la superficie media de la tibia, encorvándola hacia abajo y terminando en el borde inferior del escafoides. Esta incisión interesa la aponeurosis profunda, el ligamento anular del periostio y la porción anterior del ligamento deltoideo, dejando al descubierto

(1) Pellier, loc. cit. pág. 371.

(2) Pellier loc. cit. pag. 384.

(3) Pellier loc. cit. pág. 397.

(4) Loc. cit. pág. 394.



la articulación tibiotarsiana. Se separa del hueso la aponeurosis profunda y el periostio, quedando incluido en el colgajo la porción del ligamento deltoideo que se inserta en el maleolo interno y cara interna del astragalo. Al retraer el colgajo el extremo de la apofisis menor del calcáneo, aparece en la herida y se separan de ella los ligamentos y el periostio, prolongándose la disección hacia abajo por la cara interna del calcáneo de modo que todas las inserciones ligamentosas se desprenden de él subperióticamente. En los niños de alguna edad es necesario estirar el tendón tibial posterior.

Hecho esto se procede al desprendimiento subperióstico del ligamento navicular del astragalo del escafoides, y si el ligamento anterior del tarso está adherido a la cara superior del astragalo se le desprende. Después se divide subcutáneamente la aponeurosis plantar. La aducción se corrige por medio de manipulaciones sobre una cuña, y después se imprimen al pie movimientos forzados de inversión y de flexión plantar hasta que se consigue corregir con exceso la deformidad; luego se divide subcutáneamente el tendón de Aquiles y se continúan las manipulaciones hasta que el pie puede sostenerse con un dedo en la posición conveniente. El tendón de Aquiles no se secciona hasta el final porque favorece al parecer la corrección de la deformidad haciendo menos difícil la reposición del astragalo. El colgajo periostioligamentoso se sutura con catgut cromico a la parte anterior del ligamento deltoideo de modo que su punta deje una buena margen de contacto con el extremo inferior del maleolo. El tejido conjuntivo subcutáneo y la aponeurosis se reunen por medio de suturas interrumpidas con catgut cromico, y la piel se sutura de igual manera con seda número 12. Se emplea la seda porque los demás materiales de sutura no pueden sostener la tensión de aproximación cuando se coloca el pie en posición debida.

Se emplea por último un apósito de escayola desde los dedos a la parte media del muslo, manteniendo en flexión ligera la rodilla para no dificultar el riego sanguíneo. Catorce días después de la operación se separan las suturas y se remueve el apósito aumentando el grado de corrección; pero sin que se trastorne el riego sanguíneo. Si la corrección obtenida no es la suficiente, se renueva de mes en mes el apósito hasta obtenerla en el grado que se desea.

El pie se mantiene sujeto con un apósito de escayola durante cuatro o cinco meses y después por espacio de seis a ocho meses más se aplica durante la noche una abrazadera de pie zambo.

El enfermo no debe considerarse curado por completo hasta que se corrige todo elemento de deformidad, y pueda colocar el pie en posición de corrección exagerada.—(*The Journal of Orthopedic Surgery*, octubre 1920.)—*F. Toledo.*

## MEDICINA LEGAL

### EN LENGUA ESPAÑOLA

**I. Traumatología forense.**—El doctor J. Bravo y Moreno después de un detenido estudio sobre tan interesante tema, establece las siguientes conclusiones:

*Primera.* La cirugía admite que toda lesión y toda herida, con tal de no anular la función de un órgano importante para la vida, debe curarse sin peligro para ésta y sin trastornos graves de la salud; si no lo hace, es que concurre con otras circunstancias independientes del traumatismo: si existe una solución de continuidad, sea en forma de herida subcutánea o abierta, de la extensión que quiera, la vida del paciente se halla amenazada tan solo por lo que se llama un accidente (Bergmand).

*Segunda.* Una herida no solamente es grave por su sitio y las lesiones anatomopatológicas que ha producido, sino que también lo es por las complicaciones que pueden sobrevenir en el curso de su curación. Estas pueden ser de dos órdenes, bien de causa externa, es decir, *debidas a una infección* que viene del exterior (instrumentos sucios, curas o vendajes incompletos e insuficientes, erisipela, septicemias, tétanos, etcétera), bien las complicaciones son debidas a causas internas, esto es, *al estado de salud anterior del sujeto traumatizado.*

*Tercera.* La acción que los estados morbosos anteriores desempeñan en la evolución traumática es una *agravación* de las heridas creadas por lesiones locales anteriores o por afecciones generales—diatesis, intoxicaciones, embarazo, infecciones nerviosas, etc.

*Cuarta.* Por lo que respecta a las lesiones locales anteriores que actúan en la evolución de un trauma Bonelly ha resumido perfectamente la cuestión en estos términos: «Si todo es *normal*, en el foco traumático existen probabilidades para que la curación se verifique de una manera regular; por el contrario, *un mal estado* anterior de los tejidos lesionados imprime a la marcha del trabajo regenerador obstáculo inevitable, riesgos para el curso de la cicatrización que languidece, si es que no se encuentra enteramente impedida».

*Quinta.* En cuanto a la influencia que el estado general o las taras del lesionado puede tener en la curación del traumatismo, debemos recordar su importancia, exponer su acción sobre la gravedad de las heridas sin prejuzgar el valor que puedan conceder los Magistrados encargados de aplicar la Ley. Y, no olvidar los sabios preceptos de Verneuil contenidos en las siguientes proposiciones:

a) La terminación de las heridas está siempre *influida* por el estado constitucional del lesionado.

b) Las enfermedades anteriores a las heridas modifican de una manera peligrosa el curso del trauma y con ello favorecen la invasión de accidentes o complicaciones llamadas traumáticas.

c) Con frecuencia el trauma actúa sobre la enfermedad constitucional, *provocándola*, si está en germen;



*avivándola*, si se encuentra apagada; *acelerando*, su evolución y, sobre todo, agravando sus localizaciones antiguas.

d) Prescindiendo de las influencias del medio y, en igualdad de las demás circunstancias, el pronóstico de las heridas es bastante más *grave* en los diatésicos que en los sujetos sanos.

*Sexta:* En las encefalopatías y en las mielopatías de origen traumático resulta con frecuencia difícil la apreciación del daño causado al herido, por lo imposible de puntualizar si las alteraciones psíquicas, viscerales, sensitivas y motoras que se presentan después del trauma son síntomas de una lesión orgánica o fenómenos de una neurosis; es decir, una perturbación dinámica del sistema nervioso, puesto que, semejantes cuadros clínicos son perfectamente simulados por los histéricos; de tal suerte, que, a menudó cuesta trabajo diferenciar la realidad de la superchería: solamente en el curso de la enfermedad, en la persistencia de los síntomas y en la sistematización progresiva que sufra el organismo, encontraremos los elementos de juicio positivos de las lesiones encefalomedulares y nos autorizan a descartar toda idea de fingimiento, sospechándola cuando solo existan fenómenos psíquicos, tales como, cefalalgias, insomnios, vértigos, aturdimiento etc., *que todo herido puede alegar sin temor a ser desmentido (Brissaud).*

*Séptima:* Asimismo no se debe olvidar que las modificaciones en las temperaturas post-traumáticas son un presagio de gravedad: la hipotermia, en las infecciones y en los sujetos hepáticos y toda elevación de temperatura nos induce a pensar en el desarrollo de accidentes infecciosos.

*Octava:* Las complicaciones pulmonares que se nos ofrecen después de los traumatismos son en el mayor número de casos de naturaleza infecciosa; también pueden ser debidos al uso de los anéستesicos que se hayan empleado en las intervenciones operatorias.

*Novena:* En los traumatismos que van seguidos de óbito en sujetos que tengan causas latentes de muerte es imposible afirmar el motivo real de ésta, sin verificar la autopsia: en ella nos encontraremos lesiones de una afección aguda o crónica que explique la defunción sin nexo alguno con la herida; se trata de una simple *coincidencia*; otras veces, la herida ha precipitado un *desenlace* inevitable, y, por último, en un tercer grupo de casos, la lesión *ha hecho mortal una enfermedad que sin su intervención hubiera curado*. También puede presentarse la muerte a continuación de un traumatismo incapaz por sí mismo de causarla. v. gr. un puñetazo en el abdomen; una contusión en el cuello, un golpe en el testículo, etc., en estas circunstancias son vanas las lesiones halladas en la necropsia.—(*Estudios Médicos*, septiembre de 1920.)

## OFTALMOLOGÍA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

**Necrosis parcial de ambos párpados de los dos ojos en un recién nacido.**—La doctora Paulina Latanowski publica la siguiente historia clínica:

Se trata de la niña L. B., de veinticinco días de edad, que se nos presenta el 24 de mayo de 1920.

La historia de su enfermedad es la siguiente:

A los tres días de su nacimiento presenta una supuración en ambos ojos, que la partera trata con lavajes boricados. Viendo los padres que, a pesar de este tratamiento aplicado durante quince días, la supuración continúa y aumenta el edema de los párpados, resuelven consultar a un facultativo, quien le hace aplicación de ambrina en los párpados de ambos ojos y pomada de precipitado amarillo (según un escrito que trae el padre).

Tres días después de esta aplicación notan los padres la aparición de una úlcera en la piel, cerca del ángulo externo de ambos ojos. Es entonces que resuelven ir a Buenos Aires, y se nos presentan al quinto día de evolución de esta última lesión.

*Estado actual.*—Edema inflamatorio de ambos párpados de los ojos. La hendidura palpebral está ocluida por los párpados, cuyos bordes ciliares están recubiertos por secreción purulenta. Al tratar de separarlos suavemente, con las manos, nos sorprende la presencia en la porción externa de los mismos de una enorme ulceración en forma de V, abierta hacia dentro, y cuyo vértice abarca el ángulo externo del ojo, en forma tal, que sólo queda una pequeña franja de piel (menos de un milímetro), que la limita del borde ciliar. Esta ulceración está más avanzada en el ojo derecho. En el izquierdo, en el párpado superior, cerca del ángulo interno y siguiendo la dirección de la rama superior de la úlcera, hay una pequeña pústula. Los bordes de la úlcera están rojos edematosos, regulares; su infiltración no es dura; su cavidad llena de secreción purulenta, que, una vez limpiada, deja ver el fondo tapizado de pus, que no tiene el verdadero aspecto de pseudomembrana.

Las conjuntivas y córneas están sanas.

La enfermita respira con la boca abierta, por lo que se le hace un examen clínico general, que nada nos da de particular.

En presencia de una lesión cuya naturaleza bacteriológica era desconocida y se hacía más obscura dada la evolución de dicha lesión, se recomienda al doctor Salvador Mazza el estudio bacteriológico de la secreción.

En las coloraciones de frotis se encuentran numerosos neumococos y bacilos difteroides, con predominio de estos últimos.

Por esa razón se indica como tratamiento lavajes con suero fisiológico y fomentos calientes, y en la sospecha del origen difterico de la afección, se hace el mismo día una inyección de 1.000 unidades de suero antidiférico.



Examinada la enfermita al día siguiente, se nota una ligera mejoría.

Al tercer día se tienen los resultados de la investigación de laboratorio. Se han hecho siembras aerobias y anaerobias en agar y agar ascitis, hallándose a las veinticuatro horas bacilos de Loeffler en el cultivo y algunas colonias de neumococos. La inoculación hecha en el peritoneo de un chanchito de la India produce la muerte del mismo a las setenta y dos horas, con todos los caracteres de una intoxicación diftérica.

Con estos datos y, habiendo progresado algo la rama inferior de la úlcera del ojo derecho, se le hace una nueva inyección de suero antidiftérico (1.500 unidades).

Al cuarto día (28 de mayo) se presenta con la lesión en regresión marcada en su ojo izquierdo. En el derecho se ha detenido su avance y el fondo de la úlcera está casi limpio.

No conozco la evolución que han seguido después estas ulceraciones, por haber sido llevada la enfermita al campo.--(*Semana Médica*, Buenos Aires 7-10-920.)

## PEDIATRÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**I. El zumo de naranja como antineurítico y estimulante del desarrollo.**—Aunque el zumo de naranja es considerado desde hace mucho tiempo como excelente antiescorbútico, no se ha prestado la atención debida a su valor antineurítico. Byfield, Daniels y Longhlin han hecho estudios relacionados con este asunto, y particularmente en lo que se refiere a la influencia de dicho zumo sobre el desarrollo. Han observado que agregando a la alimentación de las ratas jóvenes 45 c. c. de zumo de naranja, el desarrollo de estos animales se estimula, y que administrando sólo 15 c. c., el peso queda estacionario.

Seidell, Harden y Silva han demostrado que es posible separar cuantitativamente la vitamina antineurítica de una sustancia que contiene esta vitamina, y la escorbútica, la que no sufre alteración alguna. Administrando diariamente a los niños 45 c. c. de este producto filtrado, su peso queda estacionario, pero aumenta en cuanto se les hace tomar zumo de naranja. Una prueba más de que este zumo contiene una sustancia que favorece el desarrollo es que las ratas, alimentadas con una ración privada de vitaminas se desarrollan de una manera normal si se las administra a la vez zumo de naranja.

Este zumo contiene también vitamina antineurítica abundante. Prueba de ello es que palomas alimentadas durante treinta y uno a treinta y siete días con arroz descascarillado, y que padecían la polineuritis típica, hasta parálisis completa de los músculos de la deglución, y casi completa de la respiración, curaron en pocas horas por la administración subcutánea y oral del zumo de naranjas. Otras palomas que se encontraban en igual estado y que no fueron sometidas

al mismo tratamiento, murieron a los cuatro días.

Se ha demostrado también que filtrando por Kaolin el zumo de naranja, pierde su propiedad estimulante del desarrollo, pero no la escorbútica. La propiedad estimulante del desarrollo de dicho zumo es debido a la vitamina antineurítica que contiene.—(*Amer. Journ. of Diseases of Children*).—F. Toledo

## OTO-RINO-LARINGOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**I. El fibro-tuberculoma de la laringe, por el doctor Georges Portmann (de Burdeos).**—La tuberculosis no sólo produce manifestaciones neoplásicas localizadas, sino que puede dar lugar también a un grueso tumor laríngeo mamelonado que invade poco a poco todo el órgano vocal y los tejidos vecinos. A esta variedad de tumores absolutamente particular en cuanto a su estructura histo-patológica, y cuyas manifestaciones clínicas se asemejan tanto a las de una neoplasia, da el autor el nombre de «fibrotuberculoma de la laringe» haciendo del mismo una descripción clínica y anatomo-patológica completa. Los síntomas funcionales, son los de todos los tumores endo-laríngeos; alteraciones de la voz e incomodidad en la garganta al principio; después ronquera y afonía cuando el tumor ha aumentado de volumen, apareciendo al mismo tiempo las perturbaciones respiratorias y después las crisis de sofocación. Un síntoma importante es que el fibro-tuberculoma no provoca jamás dolores verdaderos. Objetivamente se nota en los diferentes estados de la afección un tumor localizado, de implantación variable, bien limitada al principio, pero que invade poco a poco los tejidos vecinos; intralaríngeos en sus comienzos, sobrepasa después los límites del órgano y progresa hacia el exterior. El fibro-tuberculoma, cuya evolución es casi siempre muy lenta, está constituido por tejido fibroso, en el cual se encuentran aislados o aglomerados folículos tuberculosos típicos. Su diagnóstico es difícil, confundiéndose al principio con el goma sifilítico y en un período más avanzado, con el cáncer; sólo puede afirmarse con certeza su existencia después de una biopsia y examen histológico. El tumor, sin gravedad inmediata en razón de su desarrollo lento y por no alterar de un modo notable la salud general, puede llegar a serlo por servir de obstáculo al paso del aire. Al principio, el fibro-tuberculoma puede curar sin recidiva mediante una intervención endolaríngea; pero si ésta no es ya posible a causa de la extensión de las lesiones, hay que abstenerse de toda laringectomía parcial o total y atenerse solamente a la traqueotomía paliativa. Como hace notar el autor, los casos de fibrotuberculoma tomados por cánceres y operados como tales, son sin duda, más numerosos de lo que acusa la literatura médica. Su trabajo es una prueba más de que no debe practicarse ninguna intervención laríngea sin un examen histológico.—(*Presse Medicale*, núm. 11, febrero 1920.)—E. Luengo.



# EL SIGLO MÉDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL

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

#### Boletín de la semana

**En la Real Academia de Medicina.—Conferencia del doctor Espina.—Elección de cargos.—Más conferencias.**

El sábado 11 del actual dió el doctor Espina y Capo una Conferencia en el Salón de la Real Academia de Medicina, que tuvo por principal objeto el dar cuenta de los principales trabajos y acuerdos de la Conferencia Internacional de lucha contra la tuberculosis, celebrada últimamente en París y a la que asistió en representación de nuestro país el conferenciante. Dió mayor interés y realce al acto la espontánea presencia de S. M. la Reina, quién con su asistencia demostró una vez más y prácticamente todo el amor y entusiasmo efectivo que pone la egregia señora en la labor que en nuestra patria dirige e inspira.

Es verdaderamente de lamentar que lo inesperado de su presencia no consintiera que la concurrencia fuese todo lo numerosa que hubiera sido de desear en significación del agradecimiento y el júbilo que produce en el Cuerpo Médico español el ver la inusitada amorosa frecuencia con que la augusta señora, S. M. el Rey y las personas de su Real familia se asocian a los actos que constituyen la preocupación y el empleo de las actividades de las clases médicas, en sus manifestaciones científicas y de caridad.

—O—

Cumpliendo el precepto reglamentario, se efectuó en la última Junta de Gobierno de esta misma Corporación la renovación bienal de los cargos de su Junta directiva, resultando reelegidos en su totalidad y constituida aquélla en la siguiente forma: presidente, Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo; vicepresidente, Excmo. Sr. D. Angel Fernández Caro; secretario de actas, Excmo. señor D. Angel Pulido y Fernández; contador, Excmo. Sr. D. Nicolás Rodríguez Abaytua; tesorero, Excmo. Sr. D. Simón Hergueta y bibliotecario, Ilmo. Sr. D. Nicasio Mariscal; continuando como secretario perpetuo el digno y venera-

ble doctor, Excmo. Sr. D. Manuel Iglesias y Díaz.

Próximas las elecciones senatoriales se tiene por seguro que será designado como senador de la Corporación el Excmo. Sr. D. José Codina y Castellví y si se tiene en cuenta que hay en el seno de la Academia hasta otros siete senadores vitalicios y dos probables electivos, resultará que seguramente es esta dopta Corporación la que cuenta con representación más nutrida en la alta Cámara. Al dar gracias por su reelección parece que el presidente hizo notar esto y estimuló a los representantes parlamentarios para que unidos procuren actuar en las próximas Cortes en pró de su Academia y de los intereses científicos y profesionales de la clase. Así sea.

—O—

La novedad de este año en esta antes tranquila y casi rutinaria Corporación, la constituirá el ciclo de conferencias de los Catedráticos de la Facultad de París, que alternando con los españoles se efectuarán en aquel Centro. Se anuncia para el 27 del mes corriente la primera de tales lecciones, dada por el profesor Pedro Duval, que versará sobre «La cirugía del pulmón» continuarán después, aprovechando las convinaciones de vacaciones y fiestas el profesor Vázquez que disertará sobre la «Eritrenia» o enfermedad que lleva su nombre; el profesor Lefort sobre «Cirugía abdominal»; el profesor Marion sobre «Cirugía de la próstata»; profesor Gurgeois sobre «La lucha antivenerea» y por último el decano de aquella gloriosa Facultad Sr. Rosel que se ocupará de «El papel de la vilis». Como decíamos alternarán en estas conferencias algunos profesores españoles y se dará el programa de conjunto de todas ellas alternando con las sesiones literarias de exposición de casos y de discusión de temas.

También en la última sesión de Gobierno fué designado el decano de la Facultad de Medicina de Madrid doctor Recasens, para que en nombre de la Academia, represente a ésta en las próximas fiestas con que celebrará su hermana la de París el centenario de su creación.

DECIO CARLAN



## Sobre la provisión de cátedras

Hace pocos números dimos cuenta de una Real orden del Ministerio de Instrucción Pública, según la cual, teniendo en cuenta el inverosímil número de cátedras vacantes en Facultades, Institutos y Escuelas normales y los demostrados obstáculos con que para la reunión de tribunales tropezaba el defectuoso actual sistema, se creaba una Comisión, compuesta del Rector de la Universidad de Madrid, de los cinco decanos de las respectivas Facultades y de otras personas que el ministro juzgó competentes, para que, presididas por un exministro de Instrucción Pública, excatedrático de número, consejero de Instrucción y de Estado y académico de dos Reales Academias, se dictaminase acerca de los diferentes informes dados en repetidas ocasiones por el Consejo de Instrucción Pública y muy recientemente por los claustros de las Universidades, acerca de este asunto.

Creando que nuestros elementos de información eran irreprochables, anunciamos a nuestros lectores que la Junta, demostrando su preparación en asunto tan conocido, había dado rápidamente su informe, en el cual se proponían reformas de indiscutible utilidad y de original trascendencia, como eran las de poner límite a los aplazamientos de las provisiones, freno a los repugnantes abusos de las dietas, y condiciones a las posibles influencias de los caciquismos y nepotismos que vienen desautorizando el procedimiento de la oposición, único aceptable en un país como el nuestro, en que es tan frecuente la indefensión del verdadero mérito como común la influencia de los parentescos, las intrigas políticas y los intereses de campanario. Bien y fundadamente creíamos no equivocarnos al anunciar, dadas las competencias que la formaban, que el dictamen de la Comisión sería concienzudo, desinteresado y alto. Habíanse acabado, según nuestros informes, las posibilidades de los Tribunales amañados en el ministerio por los opositores intrigantes, que anunciaban con anticipación sus triunfos, dado que en el Tribunal entraría su maestro don Fulano, el amigo de su padre don Mengano o don Perengano, que era el gran perjeñador de la candidatura de senador universitario.

Como cada corporación nombraría en pleno su representación en cada Tribunal, sería necesario que un opositor intrigante (*y son legión*) tuviese influencia especial en todos los claustros de España, en todo el Consejo de Instrucción Pública, en el Cuerpo Escolar y en la Real Academia correspondiente, para que le fuera dable formar un Tribunal al uso del día.

Nadie podía pronosticar sino aplausos para el proyecto, solamente aquellos que vieran en peligro sus intereses particulares (*libro de texto, auxiliaria para el sobrinito, cátedra futura para el hijo o el quita motas*), y como estas cosas se ponen fácilmente de acuerdo y las otras (*amor a la justicia, al decoro del profesorado, al alto interés social de la enseñanza y de la*

*Ciencia Nacional*) son menos activas en manifestarse, he aquí que una serie de telegramas *representativos de lo que decíamos antes*, llegan para pedir a todos los poderes gubernativos y humanos que se suspenda la publicación de una Disposición administrativa, cuyo contenido ignoraban los protestantes, pero que por lo visto su conciencia les advertía que no les sería favorable.

¿Qué es lo que pretenden los gremiales solicitantes? Según se nos asegura, pretenden que su opinión emitida apenas hace un año se tenga en cuenta, pues no es de suponer que quieran decir que en tan breve tiempo han variado de modo de pensar en asunto en que es de suponer que tengan opinión firme y arraigada. Esto pensando piadosamente, pues el significar que la Comisión no tuviera en cuenta lo por ellos dicho, o sería un agravio gratuito a la Comisión en que tan copiosamente representadas se hallaban sus tendencias (*por no decir intereses*), o sería una auto-confesión de la insignificancia de aquella su opinión, cosa en que nadie sino ellos incurre.

Lo que importa, a lo que se dice, es que los alumnos no tengan voto en estos asuntos, pues son malos jueces los que como testigos permanentes de las faltas pueden actuar.

*Esto, cayendo en época electoral y siendo candidatos universitarios los gestores, era cosa de efecto seguro.*

El decreto se ha suspendido, pueden, pues, estar tranquilos los que de él temían daños materiales (*que los morales suelen, en casos tales, merecer poca cuenta*), pueden resignarse los alumnos, a los que por vez primera se les presentaba ocasión de manifestar su juicio favorable a los catedráticos puntuales contra los no asistentes, a los justicieros contra los arbitrarios, y a los de reputación nacional contra los amigos de cualquier jefe de negociado.

Por nuestra parte ante estas cosas inconcebibles, y sin embargo efectivas, no nos ocurre decir más que recordando al inmortal Florentino: «Guarda é passa» y lamentar que los años no nos hayan servido de enseñanza para escarmentar en asuntos tales y para aprender lo que debiéramos tener aprendido si no fuéramos tan torpes y optimistas; bien es verdad que en estos candorosos optimismos caminamos en la numerosa compañía de tantos catedráticos que se dejan manejar por unos cuantos muñidores de pequeñas ambiciones que quieren hacer pasar como ideal del profesorado español el que nuestra Santa Universidad, nuestra alma Mater, se convierta en un establecimiento municipal más, en el que se expendan títulos de campanario, tanto menos dignos de respeto, cuanto procedan de fábrica menos nacional y más pequeña.

V. PRIETO





## Sociedades Científicas

### Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 22 DE MAYO DE 1920

#### Un caso de divertículo de la vejiga

El DR. PULIDO (hijo), dice que los divertículos de la vejiga de la orina es un asunto de actualidad, por haberse propuesto distintos métodos operatorios para combatirlo. En realidad, el divertículo en muchas ocasiones presentase de un modo congénito, y el que lo padece no se da cuenta de ello; lo malo es la retención que suele ocurrir de alguna orina; pueden formarse cálculos como vió en la clínica de Zuckerkandl, de Viena, en un individuo que acusaba fenómenos de cálculo de la vejiga de la orina, y a pesar de hacerse toda clase de investigaciones: examen directo y aun cistoscópico, no hubo manera de encontrar el cálculo; y en vista de la persistencia del fenómeno, se hizo una radiografía y apareció un cálculo dentro del divertículo de la vejiga. Se trata de un enfermo de cincuenta y siete años de edad, natural de Valdepeñas, que por los datos adquiridos resulta un divertículo congénito. Su padre murió diabético; su madre de un tumor en el vientre, y él de niño tuvo algunas enfermedades, y a los cuarenta años blenorragia con epididimitis del lado derecho. Desde hace cuatro o cinco años empezó a tener molestias y dificultades al orinar, acompañando a una iniciación de hipertrofia de la próstata hasta que se le presentó la infección, de tal carácter, que se asociaron gérmenes de bacterias extraordinaria, que originaban la producción de una fibrina densa, creadora de verdaderas retenciones completas, hasta el punto que el enfermo ha sido sondado y haciendo aspiración sacábase un moco trabado, verdadera fibrina que ocluía por completo la vejiga, lo cual le determinaba grandes molestias. En esta situación vino a Madrid; le hicieron lavados de vejiga, y en uno que le hizo el doctor Pulido, con una sonda estrecha le introdujo 120 c. c. de una disolución de nitrato de plata, y después que la expulsó por la sonda hubo una eliminación de unos 35 c. c. de orina sucia, como la que salía de la vejiga, y basándose en esta observación diagnosticó el caso de divertículo de la vejiga, diagnóstico hecho de la manera clásica que se conocía antes del empleo del cistoscopio. No satisfecho con esto, ordenó que le hicieran una radiografía (que presenta) y con esto demostró de una manera evidente la existencia de este divertículo de la vejiga de la orina.

El doctor Pulido añade que es un caso sumamente interesante, porque ahora se está hablando de ello en las diferentes literaturas, sobre todo en Norte América. Estos divertículos se tratan de distinta manera: el del presente caso se ha reducido a desinfectar la vejiga directamente, por negarse el individuo a ser operado. El procedimiento de Keyes, muy original, con-

siste en introducir un tubo a cielo abierto, de tamaño parecido al orificio del divertículo y ponerse en comunicación con una tromba aspirante de aire, y por ella se hace la aspiración. Una vez aspirado el divertículo, se hace la resección de todo el pedazo de vejiga que ha entrado en el tubo de aspiración y se suturan los bordes. Habla de otro procedimiento operatorio, consistente en la escisión, como si se tratara de un tumor.

Aprovechando el aparato de proyecciones, el doctor Pulido presenta una vejiga llena de colargol (unos 40 c. c. de una solución al 10 por 100) y dice: en la radiografía se ve la sombra de la vejiga que está llena de dicha disolución, viéndose en la proyección el divertículo de la vejiga. Esta vejiga y su divertículo están llenas de la disolución de Weld, o sea de bromuro sódico al 20 por 100. Se ve la sombra que dan la vejiga y su divertículo, mejor que la producida por el colargol, que es una disolución de plata opoca. La de Weld tiene la ventaja de que permite una esterilización completa y con ella se puede inyectar en todo el aparato urinario para hacer una radiografía, sin que sea molesto para el enfermo, mientras que las soluciones de colargol pueden ser molestas.

El doctor Pulido aconseja, en los casos como el que está exponiendo, el procedimiento de Keyes (absorción) o la escisión, como si se tratara de una neoplasia.

#### El valle del Tiétar, de la Sierra de Guadarrama

El DR. HERNÁNDEZ BRIZ dice: Forman las hermosísimas sierras de Guadarrama y Gredos, que cierran al norte y oeste el horizonte de Madrid, una extensa cadena de montañas, estribación a su vez de la cordillera Carpeto-betónica, y región granítica de nuestra península, puesto que su composición geológica la forman el granito y el gnesis de la época primitiva que aprisiona entre sus moléculas gran cantidad de radio, siendo su luminosidad espléndida, como no hay otra que la supere, con variadísima vegetación, entre las que abundan las plantas aromático-balsámicas y resinosas, etc. Constituyen todo este conjunto, cuyas condiciones climatológicas se completan: unas estaciones sanitarias de primer orden, sitios verdaderamente ideales para realizarse el tratamiento preventivo y curativo de diversas enfermedades que afligen al hombre, y donde deben construirse los sanatorios con preferencia a parte alguna.

Indica que en estas regiones hay numerosos pueblos situados de 1.000 á 1.400 metros de altitud, de gran belleza artística y sanísimos, con vegetación variadísima en el Valle del Tiétar; se cría al aire libre el limonero y el naranjo, y en las alturas están las nieves perpetuas. Un abrigo con exposición al mediodía y al saliente, defendidas del norte por el gran macizo de Gredos; admirable para el invierno y primavera, así como la Sierra de Guadarrama es preferible para el verano y el otoño, pero en el invierno y primavera fuera de algunos abrigos, no reúne condiciones por la dureza y brusquedad de su clima.



Añade que la máquina fotográfica, en todas sus partes, es una patente para entrar en todos los sitios, y por la fotografía en colores (método autócromo de Lumier; explica a grandes rasgos lo que consisten esta clase de fotografías), y dice que sorprendidos en su vida cotidiana las personas, se da uno cuenta gráficamente de su estado sanitario (niños y adultos, sanos y robustos, sin encontrar ni la anemia ni la tuberculosis.)

El doctor Hernández Briz, en su disertación, supone una excursión saliendo por la carretera de Extremadura, y en la pantalla expone vistas interesantísimas con todos sus colores naturales, no fácil de imitar por pintor alguno, de los siguientes lugares: Cadalso de los Vidrios, Río Tiétar, Ramas castañas, pinares de las cercanías de Arenas de San Pedro, y esta población con naranjos y limoneros, Velada, Lauzahita, con su puente romano, Mombeltrán, Cueva del Valle, Piedralaves y sus cercanías, Casa Vieja, Cebreros y Fuente de Cebreros. Luego expone sobre la pantalla de proyecciones los puertos del Pico y de Menga, cercanías de Avila, La hija de Dios, cercanías de El Escorial, San Rafael, Pastor de Guadarrama, Cercedilla, Manzanares el Real, Miraflores de la Sierra, Fuente del Cora, Miraflores, Guadalix, Valle del Lozoya, Lozoyuela, cercanías del Paular, pinares del Valle del Paular, Navacerrada y últimos rayos de sol en un pinar. Al mismo tiempo que se exponen estas vistas en la pantalla, hace consideraciones sobre la necesidad de construir los Sanatorios y aprovechar estos preciosos sitios —Sanatorios naturales— en beneficio de la humanidad, para curar sus dolencias y contribuir a la robustez de la raza y engrandecimiento de nuestra patria.

Las vistas expuestas por el señor Hernández Briz, que, como ya es sabido, resulta un gran artista en esta especialidad cromofotográfica, fueron muy celebradas, y sobre todo, porque dan a conocer lugares de exuberante vegetación donde se respira aire balsámico, tan necesario a pulmones anemiados por aspirar en locales malsanos y en poblaciones que carecen de toda urbanización higiénica.

DOCTOR CESALDO

## Sociedad Ginecológica Española

SESIÓN CIENTÍFICA CELEBRADA EL DÍA 27 DE OCTUBRE DE 1920

Presidente: DR. BECERRO

### ORDEN DEL DÍA

#### Probable embarazo ovárico

Sin extendernos en más consideraciones, creemos llegado el momento oportuno de referir la historia clínica, motivo de la presente publicación.

(1) Véase el número anterior.

P. H., de veintiséis años, casada, natural de Madrid, y dedicada al servicio doméstico.

En sus antecedentes anotamos que ha padecido ataques histéricos, y hace tres años una perianexitis de ambos lados consecutiva a un aborto.

Su primera regla fué a los quince años, abundante y dolorosa, después ha continuado con iguales caracteres, sufriendo adelantos y retrasos.

No ha tenido ningún parto y sí un aborto de dos meses hace tres años, seguido de fiebre y dolores en el hipogastrio y región lumbar. En esta fecha que es cuando vi por primera vez la enferma, diagnosticué la perianexitis de ambos lados en estado agudo. Como por sus condiciones sociales no podía guardar el reposo en cama que yo le aconsejaba, solicité del doctor Cospedal que la admitiese en el hospital de la Princesa, en donde con toda clase de cuidados pasó una larga temporada. Calmado el estado agudo, fué propuesta la intervención quirúrgica en dicho centro y al no ser aceptada por la paciente, salió del hospital. Más tarde, tuvo periodos de agudización, dedicándose a recorrer consultas, asistiendo entre otras a la de Maternidad, en cuyo sitio también propuso la intervención el doctor Bourkaib. Así las cosas, transcurrieron dos años y medio, y al último del mes de enero pasado, vino a la consulta de la Clínica Sanatorio de Nuestra Señora de la Salud, en donde al repetir su historia clínica, vi que la última menstruación había tenido lugar en diciembre, continuando con la pérdida de sangre hasta mitad de enero (fecha en que yo la reconocí). Diagnosticué un ovario quístico, lado derecho, del tamaño de una mandarina, adherido al fondo de Douglas.

El mes de febrero lo pasó amenorreica. A primero de marzo asistió a la consulta, quejándose de vómitos, mareos y mayor frecuencia de ataques histéricos; además, sentía con igual intensidad los dolores en el vientre y región lumbar.

A pesar de haberle propuesto la intervención abdominal cuando la reconocí en enero, el cuadro últimamente descrito me hizo poner en guardia, aplazando la intervención, para dar lugar a que se presentase otra falta menstrual. En esta segunda exploración pude observar los anejos izquierdos aumentados de volumen y sumamente dolorosos.

Pasó el mes de marzo, y en los primeros días de abril volvió la paciente, refiriendo que el día 15 de marzo tuvo dolores muy fuertes en todo el vientre, mas intensos en el lado izquierdo, muchos mareos y (frase de ella) «perdió la luz de los ojos», por todo lo cual, hizo su familia que guardase cama durante unos días. Al reconocerla, confirmé las sensaciones anteriores, notando mayor sensibilidad del fondo de saco de Douglas.

Las ideas sospechosas que me sugerían de la historia clínica no me atrevía a esteriorizarlas ante mis compañeros, porque acordada la fecha de la intervención para el día 8 de abril, pronto habían de esclarecerse las dudas.

# SIL-AL

Silicato de aluminio purísimo  
Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso. Madrid



Laparotomizada la paciente en la Clínica Sanatorio antes aludida, vimos, tanto yo como los doctores Castellanos, Benito y Soldevilla que presenciaban la intervención, que al separar con una compresa las asas intestinales, la enferma estaba en posición de Trendelenburg, existía suero sanguíneo en el fondo de la pelvis en cantidad de unos 200 gramos aproximadamente. Acto seguido, despegué las adherencias del ovario quístico, extirpándolo, pero al hacer esto noté en el seno de Douglas la presencia de otra tumoración pequeña. Suponiendo que los anejos izquierdos estuviesen también adheridos como los anteriores, fui a despegarlos, como es corriente en estos casos, de abajo arriba y al tratar de hacerlo así, cayó sobre la palma de la mano un tumorcito del tamaño de una nuez verde y con los caracteres que luego indicaré. Dicho tumorcito, estaba unido a la parte alta del ligamento ancho de aquellado, por pequeños filamentos y algunas partículas de tejido del tamaño de unguisante. Pensé en algo maligno ovárico pero acto seguido deseché tal suposición, ya que con sólo pasar por esta parte del ligamento ancho una compresa, desaparecieron las partículas, quedando toda la superficie del ligamento lisa y nacarada.

Los caracteres macroscópicos del pequeño tumor eran los siguientes: Tamaño de una nuez verde, color achocolatado, superficie lisa y en dos puntos distantes, dos observaciones que no puedo por menos de comparar en las prominencias de los folículos próximos a la ruptura, una de ellas era más pequeña. En el lado opuesto a estas elevaciones existía una abertura longitudinal del tejido liso, saliendo por ella un tejido más oscuro, sin llegar al negro del coágulo sanguíneo, este tejido tenía el aspecto de un trozo placentario.

Quitado el suero sanguíneo alojado en el fondo de la pelvis, reconocí la trompa de ese lado perfectamente sana, pero el ovario no pude verlo ni palparlo por ningún lado del ligamento; allí se podía decir que no existía ovario.

Cerrado el vientre, fué dada de alta la enferma a los pocos días, completamente curada.

Yo, después de abrir el vientre y observar la pieza patológica en cuestión, pensé se tratase de un embarazo ovárico, para lo cual remití al laboratorio la tumoración solicitando que se hiciese análisis histológico para después sacar alguna fotografía.

Pasado algún tiempo recibí el informe siguiente, del distinguido anatómo-patólogo, doctor Coca: «Los cortes microtómicos que han servido para el estudio del tumor corresponden al plano de su mayor diámetro.

»En el examen de orientación con objetivo de escape aumento (núm. 3 Leitz) se diferencian claramente dos zonas perfectamente limitadas, una central y otra periférica que constituye a modo de cubierta.

»La porción central está formada por un voluminoso coágulo sanguíneo con su característica estructura, en el que se destacan más o menos numerosos, según la situación, depósitos microscópicos de hematoidina.

»La porción periférica o cubierta de un milímetro aproximadamente de espesor, está formada por un tejido conjuntivo laxo en el que no existe otra modificación que encontrarse focos de pequeñas hemorragias y depósitos de hematoidina.

»No existen en este tejido conjuntivo ninguno de los elementos característicos y diferenciales del ovario, o sea *epitelio germinativo y folículos de Graaf*».

Ante este informe, dado por una persona de tan reconocida competencia en estas materias como el doctor Coca, quedaron defraudadas las ilusiones que tenía de haber tropezado con un caso tan poco frecuente como es el embarazo ovárico.

En mi deseo por una parte de no causar más molestias a dicho anatómo-patólogo, ya que se trataba de una enferma pobre y de otra parte el afán de satisfacer mi curiosidad científica, unido a la esperanza de poder encontrar algo característico de tejido ovárico o alguna vellosidad corial al practicar cortes variados en puntos distantes de los ya practicados, me hizo todo ello solicitar de dicho señor el envío de la pieza patológica que yo había remitido. Como desgraciadamente la pieza en cuestión no la conservaba, me envió dos trozos de tejido incluidos en parafina, los cuales habían servido para confeccionar los cortes microtómicos de las preparaciones. Al mismo tiempo recibí también las preparaciones aludidas en el informe.

De uno de los trozos incluidos en parafina que habían sido hechos los cortes, no pude sacar, a pesar de repetir el intento varias veces y emplear un microtomo excelente de Cambridge, un corte que me permitiese teñirlo, ya que era de tal fuerza el tejido, que saltaba al pasar la cuchilla del microtomo. Del otro bloque pude sacar algunos cortes que me sirvieron para hacer varias preparaciones, observando en ellas los mismos caracteres que en las preparaciones remitidas.

Claro es, que en el informe no se dice que el tumorcito no fuese ovárico, y hasta que no fuese gestación ovárica, que en las preparaciones confeccionadas no se encontraron los elementos característicos de estos tejidos. Pero, prescindiendo de divagaciones, el hecho cierto es, que al no poder presentar la prueba histológica definitiva, no puede afirmarse rotundamente que se tratase de gestación ovárica de no poner en completo divorcio la parte clínica con el informe anatómo-patológico.

Pero colocada la clínica enfrente del laboratorio en este caso particular, yo me inclino de parte de la primera, por las razones siguientes: antecedentes de la enferma, síntomas de rotura, protesta peritoneal, tamaño del tumor en relación con la amenorrea, suero sanguíneo en la cavidad abdominal, normalidad de la trompa del lado izquierdo, ausencia del ovario de este lado, semejanza microscópica del tumor con el ovario, estado de perfecta salud de la enferma desde el día de la intervención hasta la fecha.

Prescindiendo de la parte clínica y ateniéndose a lo que dice el laboratorio caben hacerse las siguientes preguntas: si la pieza patológica no era ovario ¿de qué

**CARBOLAN**

Pelrid's C.º, New-York

Pomada al 6 % de carbol puro, antiséptica, antiflogística, antipruriginosa; para heridas, forúnculos, hemorroides, prurito vulvar, quemaduras de 1.º y 2.º grado, etc.

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



se trataba?; ¿dónde estaba el ovario del lado izquierdo?; ¿qué órgano había podido dar lugar en la cavidad abdominal a aquel tumorcito y a aquel suero?

Sabido es, que los hechos no pueden ser discutidos y hay que admitirlos como son, pero si es factible darles una u otra interpretación; por ello es por lo que traigo a esta Academia el caso descrito para ver si armonizando las diferentes opiniones que se expongan pudiera quedar satisfecha la curiosidad científica que me ha sugerido de la presente historia clínica.

El doctor García Casal.—Los síntomas, tanto clínicos como anatomopatológicos que de la enferma en cuestión han sido recogidos, no sirven de base para el diagnóstico de embarazo ovárico. No cabe duda que lo que se extirpó fué el ovario, puesto que una vez quitado se veía la trompa completa y nada de ovario; además, en la tumoración extirpada rodeando a la cavidad hemática, el doctor Navarro Blasco observó tejido ovárico. Se analiza un trocito de lo que se cree gestación y el diagnóstico microscópico es el de coágulo sanguíneo, es decir, datos negativos. Clínicamente no debemos olvidar que la enferma ha tenido siempre trastornos endocrinos manifestados por adelantos y retrasos de su regla. Por lo tanto, ¿no se tratará sencillamente de un quiste hemático del ovario, probablemente lúteo?

El doctor Becerro.—Realmente, el caso que ha presentado el doctor Navarro Blasco a nuestra consideración, ha sido por él interpretado de una manera muy lógica. Toda la historia de la enferma así como la situación y aspecto de los órganos en la intervención inducía a pensar en la posibilidad de un embarazo ovárico.

Pero la certeza del mismo no la tenemos puesto que el tumorcito en cuestión pudiera también ser simplemente un ovario esclerótico a consecuencia de un extásis sanguíneo.

Así, pues, sería de desear que el doctor Navarro Blasco nos presentase las preparaciones para que pudiesen ser estudiadas por los académicos.

El doctor Navarro Blasco.—Da las gracias a los señores que han comentado el caso por él expuesto y pone las preparaciones a disposición de la Academia.

#### Cuatro casos de útero doble

El doctor Luque.—Señores: En el curso anterior he tenido ocasión de observar cuatro casos de útero doble de diversas variedades, y como también en el curso anterior tuvimos el gusto de oír en esta Academia un caso de útero doble, expuesto por el doctor Cospedal (hijo) y se han publicado últimamente otros dos, uno del doctor Alvaro Esquerdo en la *Revista Española de Obstetricia y Ginecología* y otro de Robinson en *Surgery Gynecology and Obstetrics*, creo que son trastornos más frecuentes de lo que puede suponerse, y que será interesante conocerlos; así como los problemas clínicos a que puedan dar lugar.

De momento, expondré de la manera más breve po-

sible las historias clínicas que dan lugar a esta exposición.

I.—Rosario López Pérez, de diez y ocho años, habitante en Madrid, calle de Jaén, núm. 5, enferma número 422, de nuestro protocolo. Menarquia a los diez y siete años, tipo 3/30. Relata que tras de un coito hace un año, tuvo dos meses de amenorrea, al cabo de los que reapareció el período con algunos dolores; que ahora tiene flujo amarillo y dolores en ambas fosas ilíacas; libido normal. La muchacha tiene un hábito exterior agradable con las mamas y los genitales externos bien conformados. El tacto vaginal se hace con mucha dificultad por tener la enferma una intensa vaginitis aguda y nos encontramos con dos cuellos pequeños y blandos, con mayor orificio el del lado derecho. Se diagnostica de útero doble y de vaginitis. Tratamos a la enferma con irrigaciones vaginales de oxicianuro de mercurio y pincelaciones de protargol con objeto de, una vez mejorada de su vaginitis, poder hacer una exploración más completa, pero la enferma, después de venir un par de veces a la consulta, desaparece.

(Se continuara.)

## Sección oficial

### MINISTERIO DE LA GOBERNACION <sup>(1)</sup>

#### Reglamento para el régimen interior de la Inspección general de Sanidad.

##### CAPITULO III

##### *Del registro de entrada y salida de documentos de las Secciones.*

Artículo 12. Todos los expedientes o documentos que hayan de ser tramitados o despachados por la Inspección general de Sanidad serán registrados de entrada y salida en el general del ministerio, y el encargado del mismo los cargará y distribuirá entre las cuatro Secciones antes indicadas.

##### CAPITULO IV

##### *De las responsabilidades y correcciones del personal afecto a la inspección general de Sanidad*

Artículo 13. Las responsabilidades y correcciones del personal afecto a la Inspección general de Sanidad serán las siguientes.

1.<sup>a</sup> Por no cumplir exacta y puntualmente los deberes y obligaciones que respectivamente se les imponen en este reglamento.

2.<sup>a</sup> Por faltas de respeto y consideración a su superior en el orden jerárquico.

3.<sup>a</sup> Por faltar a la consideración debida a los particulares que, teniendo asuntos en los respectivos Ne-

(1) Véase el número anterior.

**LA DIABETES**  
Y SUS COMPLICACIONES

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

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



gociados, se presenten a saber su estado en la horas prefijadas.

4.<sup>a</sup> Por tolerar u ocultar las faltas de sus subordinados.

Artículo 14. Siempre que los hechos imputados al empleado constituyan delito o falta que castigue el Código penal, se pasará conocimiento al juez decano para que proceda a lo que haya lugar.

Artículo 15. Las correcciones disciplinarias que podrán imponerse a los empleados, según la gravedad de la falta cometida, serán:

- 1.<sup>a</sup> Apercibimiento por escrito.
- 2.<sup>a</sup> Multa de uno a quince días de sueldo.
- 3.<sup>a</sup> Separación del servicio.

Artículo 16. La reincidencia será castigada con una corrección de mayor grado de la que pudiera corresponder a la falta cometida.

Artículo 17. La multa de más de ocho días de sueldo y la separación del servicio, sólo podrá imponerla el ministro.

Artículo 18. Las multas se satisfarán en papel de pegos al Estado, entregándose la mitad al interesado y conservándose la otra mitad en la Habilitación.

Aprobado por S. M.—Francisco Bergamín.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,9; ídem mínima, 701; temperatura máxima, 8°2; ídem mínima, 0°4; vientos predominantes, NO. y NNE.

Aunque el estado sanitario sigue siendo satisfactorio, han sido más numerosos durante la semana anterior los casos de anginas, de bronquitis y de neumonía, pero sin adquirir caracteres alarmantes. A causa de las influencias atmosféricas persisten las afecciones de índole neumática. No ha aumentado el sarampión, y la escarlatina continúa disminuyendo.

Mortalidad de Madrid en noviembre de 1920, comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior

#### Comparación por grandes grupos de edades

|   | Promedio anterior | Noviembre de 1920 |
|---|-------------------|-------------------|
| Menores de un año.....                    | 176               | 158               |
| De uno a cuatro años.....                 | 178               | 115               |
| De cinco a diez y nueve años.....         | 113               | 94                |
| De veinte a treinta y nueve años.....     | 250               | 177               |
| De cuarenta a cincuenta y nueve años..... | 290               | 283               |
| De sesenta en adelante.....               | 400               | 349               |
| Sin clasificación.....                    | 3                 | 6                 |
| TOTAL.....                                | 1.410             | 1.182             |

#### Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico social

|   | Promedio anterior. | Noviembre de 1920 |
|---|--------------------|-------------------|
| Fiebre tifoidea.....                                      | 16                 | 16                |
| Tifus exantemático.....                                   | 1                  | 1                 |
| Viruela.....  | 47                 | 1                 |
| Sarampión.....  | 9                  | 2                 |
| Escarlatina.....  | 5                  | 7                 |
| Coqueluche.....   | 5                  | 3                 |
| Difteria.....   | 17                 | 7                 |
| Gripe.....  | 57                 | 9                 |
| Otras epidemias.....                                      | 6                  | 4                 |
| Tuberculosis pulmonar.....                                | 145                | 139               |
| Idem meníngea.....  | 9                  | 14                |
| Otras tuberculosis.....                                   | 24                 | 29                |
| Cancerosas.....   | 58                 | 75                |
| Meningitis.....   | 57                 | 42                |
| Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales..... | 74                 | 62                |
| Orgánicas del corazón.....                                | 97                 | 97                |
| Bronquitis aguda.....                                     | 80                 | 46                |
| Idem crónica.....   | 43                 | 31                |
| Pulmonía.....   | 38                 | 23                |
| Bronconeumonía y otras.....                               | 150                | 105               |
| Enteritis (menores de dos años)...                        | 47                 | 50                |
| Apendicitis y tifitis.....                                | 3                  | 7                 |
| Hernias y obstrucciones.....                              | 18                 | 13                |
| Cirrosis hepática.....                                    | 14                 | 14                |
| Nefritis.....   | 43                 | 35                |
| Septicemia puerperal.....                                 | 6                  | 8                 |
| Debilidad congénita y vicios de conformación.....         | 41                 | 46                |
| Senectud.....   | 42                 | 43                |
| Otras enfermedades.....                                   | 258                | 254               |
| TOTAL.....  | 1.410              | 1.182             |

Varones..... 595  
Hembras..... 587

Promedio diario de mortalidad de noviembre en el quinquenio anterior..... 47,00  
Idem id. id. en noviembre de 1920..... 39,40  
Idem id. id. en octubre de 1920..... 34,55

#### OBSERVACIONES

La curva de la mortalidad madrileña inicia su ascenso, con más o menos brusquedad, en noviembre para seguir elevándose hasta enero, mes en el que culmina pues los rigores invernales producen numerosas víctimas.

Este año afortunadamente la elevación es pequeña sosteniéndose proporcionalmente el beneficio conseguido los meses anteriores de que oportunamente dimos cuenta.

Esta mejoría continuada sin las extemporáneas oscilaciones ocurridas los dos años anteriores hace suponer que ha desaparecido la causa que durante dicho tiempo facilitó la acometida de diversas epidemias y aumentó la gravedad de algunas afecciones crónicas. Parece confirmar esta esperanza el hecho curioso de que la natalidad considerablemente disminuida, mientras la mortalidad acrecía hasta alcanzar su máximo en enero último, ha mejorado sus cifras. Este noviembre han nacido vivos 1586 y el de el año pasado 1518.

Sigue descendiendo la fiebre tifoidea. Han fallecido por esta causa 16 cifra que, como en el estado que presentamos puede verse, es igual al promedio del mes en el quinquenio anterior.

Diagnósticada de viruela una niña de 21 días en el barrio de Bellas Vistas.

De escarlatina tres menos que el mes anterior.

Entre los incluidos en los 57 de meningitis seis han sido diagnosticados de meningitis cerebrospinal sin ninguna otra indicación.

Por infecciones puerperales ocho, una menos que en octubre.

LUIS LASBENNES

**PEÑACASTILLO**

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso  
Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo a la vez que higiénica.—Director: Dr. MORALES.—Santander



## Crónicas

**Curso práctico de ortopedia, por M. Calot.**—Del lunes 17 de enero, al 24 del mismo mes, dará el doctor Calot en su clínica de París, 69 Quai D'Orsay, un curso con ejercicios prácticos individuales sobre *Enseñanza de la ortopedia indispensable a los médicos prácticos* (desviaciones congénitas y adquiridas), *tratamiento de las tuberculosis externas o quirúrgicas y tratamiento práctico de las fracturas*, para médicos y estudiantes franceses y extranjeros.

Las explicaciones serán en español y en inglés. Los derechos de inscripción, 140 francos. La duración del curso, una semana a razón de cinco horas diarias de trabajo, de 2 a 7 de la tarde.

El programa detallado se enviará a quien lo solicite.

### INTERESANTE A NUESTROS SUSCRITORES.

El día 11 hemos entregado a nuestro banquero el giro contra los suscriptores que aún no han abonado el actual año de 1920. Les rogamos hagan efectivas las letras a su presentación (aunque no las crean corrientes), pues de lo contrario nos irroga muchos gastos y grandes perjuicios. Después pueden escribirnos, y sus quejas serán debidamente atendidas.

**ADVERTENCIA.**—Las letras llevarán un aumento de una peseta cada una, aunque los gastos de giro nos cuesta algo más. Los que envíen el importe de la suscripción por giro postal, pueden descontarse los gastos que el giro les ocasione.

**Nuevo médico de la Beneficencia de la Coruña.**—Después de brillantes oposiciones y en propuesta unipersonal del Tribunal, ha obtenido una plaza de médico de Beneficencia Municipal de la Coruña, el joven médico don Manuel de los Santos Vidal.

Nuestra enhorabuena.

**El doctor P. J. Meltzer.**—El 7 de noviembre último ha fallecido en Nueva York este eminente fisiólogo. Nació en Rusia en 1851, se educó en Königsberg, estudió medicina en Berlín y en 1882 se trasladó a los Estados Unidos. En 1906 fué nombrado director del Departamento de Fisiología y Terapéutica del Instituto Rockefeller y durante la guerra de 1914-18 prestó sus servicios en el ejército de reserva de los Estados Unidos. Era miembro de las principales sociedades médicas norteamericanas, y dejó publicados trabajos de gran mérito, fisiológicos y terapéuticos. Descanse en paz el ilustre sabio.

**Colegio de Huérfanos de Médicos.**—Nos ruega el Patronato de esta fundación que nos dirijamos a los Colegios Médicos provinciales y a los médicos en particular advirtiéndoles de la conveniencia de que los agasajos y donativos que piensen dedicar a los niños con motivo de las fiestas de Navidad, sean enviados en la siguiente forma: Los donativos en metálico, en giros, etcétera, directamente y a nombre de D. Enrique Isla Bolomburu, tesorero del Patronato y decano de la Beneficencia provincial y los regalos en especie, directamente al Colegio y a su director, calle del Pilar, 45 (Guindalera).

**Congreso de Higiene escolar en Francia.**—En el próximo mes de abril de 1921, se celebrará en París el Congreso Nacional de Higiene escolar de los médicos de lengua francesa.

La presidencia del Congreso se ha concedido al doctor Mery, profesor de la Facultad y miembro de la Academia de Medicina; y han sido designados, vicepresidente, el doctor Dufestel, y secretarios generales, los doctores Genevriev y Mathé.

**El profesor Infroit, víctima de los Rayos X.**—A causa de la debilitación progresiva producida por las numerosas operaciones quirúrgicas que tuvieron que practicarse para intentar curarle de las horribles quemaduras producidas al aplicar y ensayar nuevos procedimientos con los Rayos X, ha fallecido recientemente el doctor Charles Infroit, jefe de radiografía de la Salpêtrière.

La ciencia francesa ha sufrido con la muerte de este profesor, una pérdida irreparable.

Entre las operaciones que se le hicieron y que se calculan en unas veinte, sufrió la amputación del brazo derecho y de la muñeca izquierda.

**SULFOBARIUM** (marca registrada).—Sulfato de bario purísimo para Radioscopia. Cajita de 130 gr., 2,40 pesetas; de 150, en dos dosis, 3 pesetas; en forma emulsionable en frío; a granel, por kilos. *Único* preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y académico, Atocha; 35, Tel. M. 33, Madrid, farmacia y laboratorio de análisis del doctor Giral.

**CASA METZGER**, Paseo de Gracia, 76, Barcelona, sirve toda clase de material para Laboratorios en el acto. Pídase catálogo.



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

### ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

## Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial-Argensola, núm. 4, Madrid.

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.—Teléf. J. 923.