

# 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 FRANCO RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Frincesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	G. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Incuria y Colegio de la Paz.	E. NAVARRO CANOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNÁNDEZ Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	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 BANÚS 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).
		Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA. Académico de la Real de Medicina.

### 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: Estudio anatómo patológico del cáncer cutáneo, por el Dr. José Luis Carrera.—La anemiasia en el diagnóstico y pronóstico de tuberculosis pulmonar, por el Dr. Ramón Villegas.—El profesor Gallemaerts en Barcelona, por Vila Moreno.—Valoración de la técnica en el pronóstico de la laringectomía, por el Dr. Tapia.—Bibliografía, por Antonio Fernández Martín.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carian.—Historia clínica, por Fernando Pastor San Martín.—Sociedad Ginecológica Española.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Ministerio de Instrucción Pública.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Estudio anatómo patológico del cáncer cutáneo

POR EL

DOCTOR JOSÉ LUIS CARRERA

«Assistant Research» del Laboratorio de Patología, Universidad de Michigan, 1918-1919.

—O—

A pesar de la preterición de que ha sido objeto en los tiempos modernos la histopatología del cáncer de piel, no resulta escasa la literatura referente a ella. Disponiendo nosotros de la abundante colección del Laboratorio de Patología de la Universidad de Michigan, hemos podido—contando siempre con el consejo del profesor Whartin y la valiosísima ayuda del profesor Weller—llevar a término este estudio, basado en el examen de unos cuatrocientos casos, de los que hemos obtenido largas series de preparaciones, sin que con nuestro trabajo tengamos la ambiciosa pretensión de preparar una completa monografía de la materia, sino tan sólo plantear un conjunto de observaciones, versando sobre algunos puntos no bien dilucidados actualmente.

Darier (1), que fué el primero en dar a la clasificación un fundamento histológico, incluyó en este capí-

tulo muchas lesiones que él llamaba epitelomas benignos y son de diversa naturaleza; hoy el concepto de malignidad no es tan absoluto, siendo preciso apelar al carácter de las células constituyentes, y aun así reina gran confusión en la nomenclatura; nosotros, no obstante la impropiedad que ello supone, emplearemos indistintamente, siguiendo la costumbre, las denominaciones *epitelioma* y *carcinoma*, ocupándonos solamente de los tipos escamoso y nasal para pasar revista más tarde al endotelioma, que creemos con Katla (2) bastante discutible.

Es interesante lo que se refiere al término «Desmatis precancerosas», de empleo muy generalizado después de los artículos de Dubreuilh (3), Darier (4), Fordyce (5), Schamberg (6), Engmann (7), Sutton (8), Waelsh (9) y otros muchos autores (entre ellos el maestro español Azúa), distinguiendo entre tales dermatosis dos que llaman *keratoide* y *nevoide*, que darían origen a los tipos neoplásicos escamoso y basal. Pollitzier no encontró bien la expresión, y, en efecto, no puede ser más razonada su disconformidad, pues implica el término concepto de malignidad o es mero indicador de la posibilidad de que en estas lesiones se origine? En este último caso hágase extensivo a la vulgar seborrea. En concepto patológico exacto no puede llamarse precanceroso en tanto no se desarrolle obligadamente la neoplasia, y esto sólo ocurre en el



Xeroderma Pigmentosum de Kaposi; la enfermedad de Paget es un cáncer, y en ello están acordes Karg, Jacobaens (10) y Aschoff (11); basar la denominación de precáncer en la existencia de elementos vacuolados no está justificado, pues en el lupus, por ejemplo, siempre existen; las keratosis seniles de Montgomery (12) no implican posterior desarrollo de epiteloma, como tampoco la acantosis nigricans, según Azúa (13), y en cambio, la dermatosis de Bowen (14) (15), conforme a la descripción de este autor y de Darier (16), es una verdadera neoplasia. Impónese, por tanto, la limitación, y aun la desaparición del concepto, como propone nuestro amigo y maestro de la Columbia University, Heimann (17) (18), ya que en verdad sólo debe aplicarse a la enfermedad de Kaposi, de estructura análoga a la piel senil, a juicio de Lukasiewicz.

Para Hazen (19), el desarrollo de la neoformación exige una prévia alteración de la piel sana; que no sería necesaria, según el parecer de Wolkman (20); a aquella opinión puede sumarse la de Tryb (21), con la que llama condición precancerosa, que Orth (22) cree indispensable y probablemente innata, evolucionando bajo el estímulo de la irritación y acaso determinándose como condición adquirida, siendo prueba de lo primero la existencia del cáncer en dermatosis de disposición semejante y de lo segundo las neoplasias en obreros que laboran en productos químicos. Es, pues, preponderante la influencia de la irritación, ya presentada por Virchow como estímulo formativo y expuesta por Rohdenburg (23); Weigert piensa que a la injuria responde el organismo tratando de repararla con la neoformación, que para Hansemann (24) se reduciría a tumores latentes, atribuyéndose por Hauser (25), Marchand (26) y Börst (27) el crecimiento ilimitado a una propiedad congénita no conocida, según Börst: adquirida, según Hauser; sería la anaplasia de Hansemann (28), que ha dado origen al nacimiento de la teoría del blastoma (29). Como Orth opina, estas cuestiones oscuras sólo la experimentación las resolverá, y a tal respecto son muy dignos de mención los trabajos de Jamagiva (30) (31), ocupándose el último de la producción de neoplasias cutáneas en los conejos con el coaltar.

Las observaciones de Fisher (32), Staber (33), Stahr (34), Doros (35), Criescher (36), Schamberg (37), Davis (38), Sachs (39) y Hasthausen, que estudió el cáncer en los obreros de anilina (40) y parafina (41), consideran los traumas químicos como elemento predisponente al epiteloma de piel, atribuyendo Walker (42) el papel irritante a los lipoides solubles. Desde luego esta hipótesis tiene más fundamento que la mecánica para la interpretación de la neoplasia del coaltar, que comienza en el folículo piloso, probablemente obturándose y atocando a una descomposición de la secreción seborréica, con subsiguiente acidificación de las materias detenidas, que actúan estimulando la producción epitelial; tan lógica opinión es defendida por Wolkman (43), Tillmans (44), Schnur dart (45), Cazin (46) y Bayon (47); nosotros hemos

visto un cáncer cutáneo de esta naturaleza en el antebrazo y a la sección aparecían sustancias en destrucción e hiperqueratosis en los folículos.

Las la influencia química no es única; Borreld (48) habla de la acción del Demodex; Smith (49) y Febiger (50) asignan poder primordial al elemento parasitario, y Gross y Wolk (51) admiten una acción microbiana excitada por los rayos ultravioleta de la luz solar. Como dice Harzell (52) en cualquier forma siempre será la irritación celular un predisponente; ahora bien, ¿esta irritación origina indiferentemente ambos tipos de epiteloma? A nuestro juicio sí, aunque Adamson (53) piensa que sólo puede atribuirse tal génesis al escamoteo.

Por el hecho de un caso zoniforme que este mismo autor ha examinado recientemente, deduce que el úlcus rodens es de origen nervioso; la frecuencia con que se presentan dolorosos y localizados a la salida de los troncos nerviosos (dos casos nuestros en la zona de los intercostales, cáncer a la salida del nervio maxilar, otro del párpado), su aspecto atónico, sugestionan la posibilidad de que ello sea real, sosteniendo el mismo parecer Wallace Betty. Mas es preciso no olvidar el trauma que muchas veces precede al cáncer rodens—en una observación nuestra fué una coza de caballo y otra semejante describe Foy (55); Brunch (55) se inclina a considerar también la irritación como la condición más importante en esta variedad de epiteloma.

Levine (57) reúne todos estos predisponentes en actínicos, traumas mecánicos y químicos y enfermedades metabólicas; estas alteraciones del metabolismo modificarían, según Adami (58), las células conectivas, alcanzando de rechazo tal perturbación a las epiteliales y sobreviniendo en consecuencia, siguiendo la ley de la estructura más simple, la degeneración de los elementos; la causa sería para Weidenfeld (59) la producción de una injuria, y para Unna (60) la hiperoxidación; Rockey (61) atribuye a la irritación la ruptura de la basal, retornando a su tipo embrionario los elementos conectivos y epiteliales, cuyo natural antagonismo desaparece, llegando ambos a la hiperproducción cancerosa. A todas estas causas pudiera agregarse la sífilis tan frecuentemente asociada al epiteloma (basta recordar las leucoplasias); nosotros hemos tenido ocasión de examinar un cáncer de clitoris en enferma con W. fuertemente positivo y tres de pene en sífilíticos con lesiones abundantes en plastmazellen, de modo análogo a las cicatrices avariósicas, haciéndonos sospechar la posibilidad de que los restos cicatriciales del chancro sean asiento de la posterior neoplasia.

Pero entre todos los predisponentes locales acaso sea el actínico el más interesante, como ya evidenciaron Dubreuhl (62) y Montgomery (63); las ulceraciones, llamadas por Unna «piel de marino», serían debidas a la luz solar, defendiéndose la piel con el pigmento, que se superproduciría en caso de excesiva irritación para dar lugar a la neoformación al fallar



tal barrera protectora, pudiendo aducirse este argumento para explicar la aparición del epiteloma en la basal, y aun por debajo de ella, ya que el pigmento se produce por encima en la lucha antiactínica.

Aparte existen los factores generales; alteraciones endocrinas alegadas por Lanteborn (64) y Pick (65), y discutidas por Blumenthal (66); las del metabolismo que han estudiado Müller (67), Noorden (68), Soxl (69), Fordyce (70) y Blumenthal (71); la alcalinidad de la sangre, observada por Menton (72); la existencia de una sustancia protectora del desarrollo neoplásico, oponiéndose, como comprobaron Ereund (73), Brauenstein (74) y Meidner (75), a la acción disovente ejercida por el suero normal sobre la célula cancerosa. Pedoja (76) cree en el influjo de los fluidos del cuerpo; Lubarsch (77) en la alteración de la química de la división celular por muchas materias, específicas o no; y Bristol (79) en una acción de naturaleza de enzima, que para Leyden residiría en el hígado normal, determinándose con su falta la neoplasia, aunque, como dijo Kraus, esta falta sería efecto; y no causa del cáncer; Theilhaber (79) (80) encuentra de interés la disminución de elementos epiteliales en el viejo, y en efecto, esto determina una protección muy limitada y permite una penetración de los agentes más profunda; Wyss (81) es partidario de la localización de los disturbios, ya que de otra forma serían numerosos los cánceres múltiples.

Se ha desechado la influencia de los parásitos ocasionales, etc., dado que según los patólogos como Schwalbe (82) y Jores (83), no se compaginaría esto con la estructura y modalidad de crecimiento de la neoplasia, limitándose según Schamberg (84) y Schweitzer (85) a provocar una inflamación crónica. La frecuencia de úlcus rodens múltiple (nosotros hemos estudiado un caso triple) habla en favor de una especial disposición de toda la piel, más acentuada donde aparece el epiteloma.

Son evidentes los efectos de la luz y el aire: nosotros hemos examinado a la casualidad cien casos de tipo escamoso y basal indistintamente y 63 de ellos fueron padecidos por campesinos del Estado de Michigan, localizándose en el labio la mayor parte.

En tan gran número de teorías expuestas, aparece marcadamente el exclusivismo de los autores y sus prejuicios al defender brillantes hipótesis personales, pues no hay razón alguna para que no pudieran ser unas causas como las metabólicas, predisponentes, y otras como la irritación, determinantes, pese al parecer de Waïrs (86).

Como preparación a nuestro trabajo, hemos estudiado las modificaciones de la piel senil, encontrando en el tejido conectivo, elacina en gran cantidad, hinchazón de colágena, que se hace básica, aumento de pigmentación, retracción y fragmentación de la elástica (\*) muy separada entre los folículos y glándulas, encontrándose a veces manojos enteros de colágena

(\*) Para su tñido es buena técnica—muy superior al método de Unna—tener los cortes largo tiempo en el Weigert.

sin elástica, que se rarifica debajo de la basal, arrugándose y desapareciendo en algunos puntos donde separa la colágena la capa basal de la elastina; las fibras alargadas o en espiral de la papila desaparecen. Entre los elementos epiteliales de la piel senil no hay elastina, y en las capas media y profunda es gruesa, corta y quebrada, dando en todos los puntos impresión de falta de solidez, lo que pudiera ser importante en la defensa contra la invasión de los elementos neoformados. Existe degeneración granular del conectivo, fibrosis—no tan marcada como algunos autores pretenden—, aumento no constante de keratohialina y disminución de las células cebadas, y en general de todos los elementos uniformes. Rössle afirma que envejece el conectivo y no la epidermis (87); pero en realidad el envejecimiento de la segunda es obligada escuela de la primera condición al faltarla elementos nutritivos, pues el arrugamiento celular y escasa aparición de fragmentos interepiteliales, la desaparición de la elástica en la epidermis y aun en la capa por debajo de ella, en que solamente existe colágena, la menor colorabilidad del núcleo y escasez de sus mitosis en el cuerpo de Malpigio, las granulaciones anormales... ¿no constituyen signos de vejez celular?

Las modificaciones vasculares desempeñarían también a nuestro parecer, un papel preponderante en la piel senil, sin llegar a esos vasos de paredes muy gruesas y esclerosadas, visibles en los tegumentos muy antiguos, son constantes en las pieles de mediana ancianidad, un aumento en el espesor de las paredes y una ligera fibrosis perivascular, por lo que creemos sólo aparente esa pretendida dilatación relacionada con la edad, pues el mayor diámetro más bien se debe a las paredes que al lumen, que hemos visto disminuido con cierta frecuencia; no nos parece exacta la comparación que hace Theilhaber de las pieles senil y cicatricial.

Neumann (88) enumera como alteraciones seniles, degeneración granular, hinchazón hialina y disminución de los elementos; Retterer (89) sostiene contra la opinión de Rössle, la extraña teoría, de no muy claro fundamento, de la degeneración de las células epiteliales en conectivas, iniciándose por tanto en las primeras la decadencia; más lógico es admitir que a ambas se debe la gran proporción de epitelomas en ancianos; al conectivo por no serle posible la limitación del crecimiento celular, como establece Freund (90) y al epitelial, porque privado de elementos nutritivos, retorna a su forma primitiva y prolifera atípicamente, arrastrando esta acción irritativa al conectivo a neoformación análoga, resultando que tanto el tumor como su estroma, se forman de elementos embrionarios, después de haber pasado por el estado de vejez celular.

Hartzell (91) ha realizado un interesante estudio de las estructuras impropriamente denominadas precancerosas, y sobre este asunto también hemos podido nosotros hacer algunas observaciones, pues de los casos examinados, más de cincuenta se encontraban en su



comienzo, siendo las modificaciones de la piel próxima al foco neoplástico, las siguientes: aumento, no constante del grosor del estrato córneo, parakeratosis, aumento de keratichalina en el cuerpo de Malpigio, vacuolización y mayor tamaño celular, con pérdida de la hematoxinafilia del núcleo, siendo estos fenómenos mucho más marcados en los folículos pilosos y sudoríparas; a veces disminución de la capa malpighiana, apareciendo la basal intacta y en el corión, elastina escasa y aun nula debajo de la basal, colágena hinchada y rarificada, tendencia acidófila, acaso debida a que la alcalinidad sanguínea, determinaría la de los elementos cutáneos; glándulas sebáceas en ocasiones atrofiadas, más a menudo hipertrofiadas y tal vez hiperplasiadas; abundantes células (pocas mastzellen) en torno de los vasos de paredes espesas y calibre disminuido con más frecuencia que aumentado. Las afinidades colorantes son análogas a las de la piel senil; así el corion toma la eosina peor que normalmente, y el epitelio mejor la eosina y peor la hematoxilina; acrece la afinidad por el metilblue y decrece por el triacido de Ehrlich; la elastina se tiñe con más dificultad con el Weigert y la elacina toma bien los colores básicos. Algunas de estas modificaciones cambian al desarrollarse el neoplasma, pues al aparecer el estroma de nueva formación, no son tan ávidos los haces de colágena por los tintes ácidos.

Como elementos de juicio convenientes a la comprensión del desarrollo tumoral, haremos un rápido análisis anatomopatológico de las llamadas lesiones precancerosas.—La acantosis, como primer efecto de la radiodermatitis, fué puesta en evidencia por Pels Lenden y Perther (92); al parecer de Rethi (93) existiría un proceso atípico primario vascular, lo que es probable, pues en un caso nuestro era intensa la fibrosis de los vasos.—Para Smit (94) las modificaciones regresivas de la epidermis y conectivo de la pelagra, análogas a las de la piel senil, darían origen a la neoplasia; pero tal condición de analogía, no es admisible como carácter constante pretumoral, pues se ha observado por Tryb y Grisne (95), su desarrollo en condiloma, con una estructura muy diferente.—Es frecuente la aparición de epitelomas en las cicatrices no naturales, pues en la umbilical, señala Theilhaber (96) su rareza, aunque recientemente hemos leído una observación de D'Utra e Silo (97). Ahora bien, ¿proviene este cáncer del subcutáneo, de células incluídas en la cicatriz, es causa originaria la defectuosa vascularización? Heidingsfeld (98) propone un grupo para esta variedad tumoral: pero nos parece que como grupo patológico no puede subsistir, dado que sus condiciones son las corrientes en los demás neoplasmas; tampoco puede aceptarse como absoluta, la opinión de ciertos autores, que la hacen provenir de la proliferación epidérmica, pues en alguna de nuestras preparaciones, hemos visto partir la nueva formación de restos glandulares por debajo de la cicatriz y en determinado sitio se aprecia un grupo de células en tejido subcicatricial, que por su profundidad no puede admi-

tirse como inclusión accidental y que tal vez fuera un residuo aberrante: en otras ocasiones, los puntos de partida son las glándulas de los bordes de la cicatriz (como ocurre en las quemaduras), pero tenemos algún caso en que ni glándulas ni folículos aparecen en relación con el cáncer. Foryce (99) opina que puede corresponder la neoplasia cicatricial, unas veces a elementos desplazados en el corion y otras a que sólo resta una actitud vegetativa, habiéndose perdido la actividad funcional celular; realmente la misma estructura de la cicatriz, la disposición de la colágena, escasez de células, elástica reducida y endeble y la defectuosísima circulación debida a la fibrosis y falta de vasos, pueden dar motivo a una reproducción atípica.

En las quemaduras hemos observado que el epiteloma puede evolucionar a continuación del proceso de cicatrización, como si fuera debido a una regeneración progresiva e invasora de las glándulas, al no hallarse contenidas por los límites que señala la piel normal con sus estructuras; Chambers (100) ha encontrado algo análogo y Neve (101) y Hertzell (102) mencionan numerosas observaciones realizadas en el valle de Cachemir, cuyos naturales se queman a menudo con los braseros usados; en una de nuestras preparaciones de estructura pavimentosa típica y proviniendo de la capa malpighiana había hiperkeratosis y acantosis marcadas.

Las estadísticas de Sequeira (103), Bargnes (104), Silberstein (105) y Ravogli (106) ofrecen un promedio de 3 por 100 de epiteloma sobre lupus; Miyahara (107) piensa que la atípica proliferación de esta dermatosis lleva a la malignidad, aunque nosotros en su descripción no encontramos nada extraordinario y tampoco estamos conformes con él en asignarle una dependencia exclusiva del cuerpo de Malpigio, después de confirmar el hallazgo hecho por Kyrle en el lupus de grupos embrionarios en el tejido subcutáneo, que acaso intervengan en la regeneración glandular y que por una evolución anormal, podrían engendrar la neoplasia; desde luego, hemos visto otros muchos casos de lupus con agrandamiento de las células malpighianas y vacuolización perinuclear, aumento de keratichalina, acantosis y penetración de clavos en el dermis, encarecimiento de la colágena y tendencia a la formación de globos córneos superficiales aun antes de la aparición del epiteloma.

Es corriente entre muchos autores como Mendes da Costa (108), Bargnes (109) y Walker (110), la consideración de realmente sería la radioterapia la responsable de estos cánceres, que aparecerían en el tejido cicatricial, como ya sostenía en 1873 Kembachief (111) y en tiempos más modernos Bidault (112) y (Fordyce (113), en tanto que para Bayhes (114), Nithack (115), Steinhäuser (116) y Eckermann (117) procedería del mismo tejido lúpico. Los concienzudos trabajos de Colnen (118), Spiegler (119) y Silberstein (120), concluyen con que una parte de los neoplasmas se determinan por el tratamiento del lupus y otra por la mis-



ma lesión. En un caso, no tratado, que hemos estudiado, el cáncer parte del tejido lúpico en focos múltiples, como ya observó Pantrier (121); el tipo resultante, es el escamoso, a excepción de alguna rareza, como la examinada por Little (122) y es de gran interés este estudio, por la posibilidad de que los granulomata o sus cicatrices, sean asiento de epitelomas con extraordinaria frecuencia.

Otras lesiones, sobre las que puede evolucionar una neoplasia son, el rinoscleroma Stelwagen (123) y aun la blastomiosis, de la que nosotros tenemos una observación semejante a la de Bloodgood (124); también (y no ya por sus caracteres alterantes, si no más bien quizá por perturbaciones del metabolismo) en el psoriasis; en las cicatrices del lupus eritematoso, como han demostrado Pringle (125), Reismeyer (126), Dyer (127), Taylor (128) y Wyss (129); el terreno seborreico; las congeladuras, donde son tan importantes las alteraciones vasculares, habiendo encontrado nosotros en un caso, enorme fibrosis y estrechamiento del lumen hasta llegar incluso a la obliteración en vasos de la piel en apariencia sana, siendo notable la coexistencia de congeladuras y cáncer de las orejas, señalada por Sutton, el ilustre dermatólogo de Kansas (130), y para terminar las keratosis arsenicales Smith (131) que dan lugar a la variedad escamosa (exceptuando el citado por Weidenfeld (132), comenzando con keratosis de las glándulas sudoríparas, acantosis y análogas modificaciones de los folículos pilosos, según pudimos observar en un caso del profesor Fordyce, que examinamos en New York; la multiplicidad en este tipo tumoral es frecuente, creyendo Wile (133) y Fordyce (134) que influye la hiperqueratosis en la producción atípica.

Las dificultades diagnósticas del adenoma sebáceo de Bingle, serían tales para Ziegler (135), Bosellini (136), y aun para nosotros, ateniéndonos a las descripciones que de él se hacen, que es posible fuera más lógico incluirlo con la dermatosis de Bowen en la entidad patológica «epiteliomas»; por ello se inclinan Stelwagen y Schwalb (137-138) a aconsejar siempre su extirpación.

*Estructura cutánea precancerosa.*—En las dermatosis provocadas por la radioterapia, halla Harzell (139), aumento de keratina de la capa córnea, parakeratosis, acantosis y alargamiento de clavos interpapilares, fenómenos más acentuados en las glándulas del sudor y folículos del pelo; a excepción de la piel senil, nos parece que en todas las disposiciones precancerosas, son constantes la acantosis e hipertrofia interpapilar y el aumento de eleidina; Dalans (140) cree que en las dermatosis de los rayos X, la basal es poco densa y está en parte destruida, mientras que las capas profundas de la epidermis se presentan apretadas; según Darier (141) y Schloz a la epidermis pertenecen las más importantes modificaciones, partiendo a juicio de Hartzell del epitelio todas las neoplasias de tipo escamoso, por encontrarse en las keratosis seniles pretumorales, todos los grados de proliferación, en tanto

que Paget (142) y Dietrich (143) le conceden un origen ocasional intraepitelial. Krompecher señala su evolución inicial en la capa de Malpigio, dos hileras por encima de la basal y Bormann opina que los elementos embrionarios aislados en el interior del epitelio, permanecerían como dormidos (Schlafend) hasta que un estímulo determina su proliferación.

Nosotros tenemos cortes en que el punto de partida es la epidermis, ofreciendo las células neoformadas el tipo exacto de las malpighianas y a veces con acúmulos circulares en esta capa, limitados por elementos menores y de núcleo mejor teñido, que recuerda los focos embrionarios de que habla Bormann; en otros se ven abundantes mitosis a la altura indicada por Krompecher, en grandes espacios y más numerosos en los clavos interpapilares; aun partiendo del epitelio, el cáncer escamoso pues, no siempre se origina de igual forma y por tanto no se excluyen los pareceres de los dos últimos autores citados.

El estudio de las mucosas tiene menor importancia, dado que las neoplasias basales son en su totalidad formaciones cutáneas y en las escamosas no infiltradas de los labios, en la unión de piel y mucosa, en un 70 por 100 son superiores las lesiones de la piel.

El aumento de keratohialina, estaría relacionado para Kreibich (144) con la destrucción celular, llegando a invadir en condiciones precancerosas las dos o tres capas superiores malpighianas; en los mismos cánceres que proceden de glándulas y folículos, hemos visto a lo largo de éstos aumento de keratohialina. La formación de globos córneos, según nuestra opinión, puede ser centrifuga, partiendo de un foco central (resto embrionario) y cornificándose excéntricamente por la disposición de la basal o centripeta por coalescencia de mamelones que vienen del cuerpo de Malpigio, y entonces la cornificación es concéntrica, pues la basal está en la periferia y el crecimiento tiene lugar hacia el espacio circunscripto.

(Se concluirá.)

## La anemesis en el diagnóstico y pronóstico de tuberculosis pulmonar

POR EL

DOCTOR RAMON VILLEGAS

.....SOS.....

Un diagnóstico correcto de tuberculosis pulmonar, es la resultante de una serie de observaciones y de antecedentes que no puede realizarse con exclusión de ninguno de los elementos que se hallen a nuestro alcance. Hay, sin embargo, la circunstancia (tan lamentable como se quiera, pero no por ello menos evidente) de que ciertos métodos de investigación no están al alcance de todos los médicos. La exploración clínica —el elemento más decisivo— y las investigaciones bacteriológicas, no son dominadas suficientemente por cuantos se encuen-



tran en la necesidad de intervenir en un proceso físico.

Evidentemente; no puede prescindirse de la exploración y del análisis desde el punto de vista científico. Sin embargo, en la práctica, no sólo se prescinde algunas veces, sino que suele prescindirse en demasiados casos. El conocimiento de los métodos de investigación clínica —entre los cuales la percusión y la auscultación resultan los más importantes— no es de fácil improvisación, y requiere un cultivo especializado y largo, que no siempre es posible. Otro tanto sucede con las investigaciones del laboratorio, por las condiciones inevitables en que gran número de compañeros se ven obligados a trabajar. Siendo la tuberculosis enfermedad universalmente extendida, que se presenta del mismo modo en los grandes centros de población (donde puede haber especialistas en la exploración e institutos de análisis) que en los más apartados pueblos, resulta que muchos médicos tienen necesidad absoluta de valerse para sus diagnósticos de aquellos elementos de juicio que se derivan de un sencillo interrogatorio.

De aquí la necesidad de establecer con cierta amplitud la importancia relativa de los distintos factores que integran la anamnesis para poder formar un juicio lo más exacto posible de su valor diagnóstico y pronóstico, cuando el error puede ser eliminado. Y ponemos como condición indispensable la posibilidad de eliminar el error, porque teniendo que fiarnos sin comprobación de las respuestas que quiera darnos el enfermo, puede ocurrir muy bien que, voluntaria o involuntariamente, oculte la realidad de sus padecimientos o trate, por el contrario, de exagerarla.

El interrogatorio, por lo tanto, tiene que ser una verdadera investigación que, yendo libre de prejuicios, sepa aceptar siempre con reservas cualquier información que el enfermo nos procure. Y el error es tanto más fácil cuanto que no se refiere sólo a un engaño deliberado, sino que en muchos casos —en casi todos— se engañan a sí mismo los enfermos, unas veces para exagerar, por aprensión miedosa, sus padecimientos y otras para atenuarlos ante el temor de ver confirmadas autorizadamente sus preocupaciones de una manera semejante al avestruz, que oculta la cabeza a presencia de su enemigo. Es preciso saber eliminar todas estas causas de equivocación posible. Pero una vez eliminadas, el interrogatorio proporciona elementos importantes de diagnóstico y pronóstico, que deben ser bien estimados.

#### **El interrogatorio debe ser ordenado y sistemático**

Empezaremos por afirmar que el interrogatorio debe ser siempre ordenado y sistemático. Constantemente se puede comprobar la importancia de proceder con un orden determinado, que puede ser distinto para los distintos médicos, pero que debe ser siempre el mismo para cada uno. Esto da al interro-

gatorio una precisión y una facilidad, que de ningún modo puede conseguirse con el desorden de las preguntas arbitrarias.

#### **Consecuencias que se derivan de los datos proporcionados por el interrogatorio.**

*La edad.*—La circunstancia de producirse la tuberculosis pulmonar preferentemente entre los quince y los treinta y cinco años, como lo demuestra la observación constante, que advierte como raros los casos de esta enfermedad en las edades extremas de la vida, y la preferencia de la infección tuberculosa de los niños para localizarse en otros órganos como las meninges, ganglios, etc., puede y debe inclinar nuestro ánimo a sospechar una afección distinta a la que nos ocupa cuando estudiemos un enfermo cuya edad se encuentre bastante alejada de los señalados límites.

No debe olvidarse, sin embargo, que si poco frecuente la tuberculosis pulmonar en los casos citados no por eso deja de ser posible, y que existe también, aunque sea más raramente, en los niños y en los viejos. El valor de esta observación desde el punto de vista diagnóstico es, pues, sólo relativo y únicamente influirá en nuestro ánimo cuando vaya asociada con otras de significación más decisiva.

Desde el punto de vista pronóstico, posee este dato una expresión mayor cuando positivamente se trata de una infección tuberculosa pulmonar. La tuberculosis pulmonar de los niños—menos frecuente que la del adulto, como decimos—, ofrece una mayor gravedad y se presenta muy a menudo con un carácter de agudización que debe sugerirnos un juicio pesimista. Es que el organismo humano, en su lucha contra la tuberculosis, va adquiriendo una serie de defensas humores, que en el transcurso de la vida se fortalecen y aumentan, y que en el niño no han tenido todavía ocasión de producirse con suficiente eficacia. Y es también que el tejido pulmonar en la infancia no ha sufrido aún aquel principio de degeneración esclerótica, que se manifiesta por una tendencia a la proliferación conjuntiva, que es el proceso común de defensa local contra el bacilo, y el que limita la infección formando el tubérculo y su acantonamiento y secuestro consecutivo.

Estas mismas consideraciones, estimadas en sentido inverso, son las que explican la forma tórpida y poco grave que se observa para la tuberculosis pulmonar en las edades avanzadas. Y estas mismas consideraciones también nos dan cuenta de la infrecuencia de la tuberculosis pulmonar en el niño y en el viejo. En el niño, porque la indefensión orgánica favorece de tal modo la difusión del germen, que no da tiempo para que el pulmón reaccione con la producción del tubérculo, y lo más frecuente origina una enfermedad aguda que, aun siendo tuberculosa, no llega a localizarse en el tejido pulmonar. Y en el viejo, porque el exceso de defensas humores adquiridas a través del tiempo, como consecuencias



de fracasadas infecciones anteriores, y a favor de la tendencia esclerógena de sus tejidos, o bien la infección no llega a desarrollarse, o bien queda pronto contenida y dominada.

*El sexo y el estado.*—Aunque algunos autores tratan de conceder importancia al sexo, en el sentido de atribuir una mayor frecuencia a la presentación de la tuberculosis en los hombres o en las mujeres, a nosotros nos parece esta idea desprovista de todo fundamento.

Otro tanto decimos de la pretendida relación entre el estado social y la enfermedad que nos ocupa.

Cierto es que muchas estadísticas manifiestan la existencia de la tuberculosis en una proporción más elevada de hombres o mujeres, y lo mismo sucede con respecto a los solteros, casados o viudos. Pero esto, a mi juicio, no indica sino que las observaciones se hicieron preferentemente sobre cualquiera de uno de estos grupos, porque a nuestras consultas acudieran accidentalmente en mayor número que los otros. Para que las estadísticas tuvieran algún valor sería preciso que las investigaciones hubieran sido hechas entre igual contingente de los grupos distintos, y eso no se ha practicado, que yo sepa. Pues lógicamente se deduce que, si por cualquier circunstancia acuden a nuestra consulta mayor número de mujeres o de hombres, de solteros, de casados o viudos, en las estadísticas resultará como más frecuente la tuberculosis entre aquellos que constituyan el contingente mayor de consultantes.

Pero aun en el supuesto de que, en efecto, hubiese alguna disparidad de frecuencia en la producción de la tuberculosis según el distinto sexo o estado del individuo, ésta no puede ser nunca estimable desde el punto de vista diagnóstico ni pronóstico, pues lo que sí está bien demostrado es que en todos estos casos dicha enfermedad puede producirse y se produce con todos los matices conocidos y sin característica especial ninguna.

## El profesor Gallemaerts en Barcelona

La Facoerisis, ese método de extracción total de la catarata, ideado por el doctor don Ignacio Barraquer, de Barcelona, puso en movimiento a los oftalmólogos de España, cuando en el primer Congreso de Medicina y Cirugía, celebrado en Madrid en el año 1919, su autor expuso los resultados obtenidos por su procedimiento. La nutrida estadística presentada, el *film* operatorio exhibido en aquellas científicas sesiones, cuadros que ilustran señalando los pocos, sencillos y rápidos tiempos de que consta la operación, junto con la explicación que de ellos dió, llamó la atención de los oculistas, que influyeron

para conseguir de la presidencia recabara del profesor barcelonés diera una sesión operatoria. Esta le valió un homenaje de los assembleístas y el nombramiento de profesor honorario del Instituto Rubio.

Desde aquella fecha, nuestras revistas publicaron sendas páginas dedicadas al novísimo método, que está inspirando gran curiosidad en los centros oftalmológicos de Europa y América.

Una de las primeras naciones que manifestó su interés para presenciar la operación fué Belgica. El secretario de la Sociedad Oftalmologica Belga, el profesor Van Duyse (de la Facultad de Medicina de Gante), solicitó del autor de la Facoerisis asistiera al Congreso Oftalmológico que se celebró en Bruselas el 24 de abril próximo pasado, invitándole a practicar la operación en el «Hopital Saint Jean». La nueva técnica produjo sorpresa y entusiasmo en el ánimo de todos ellos; de modo que el profesor Gallemaerts, terminadas las operaciones que practicó el autor del nuevo procedimiento, tomó el Erisifaco e hizo felizmente una extracción total.

El profesor Morax, de la Facultad de Medicina de París, que asistió al Congreso de Bruselas, sugestionado por el original proceder, expresó deseos de que fuera expuesto el nuevo método en el Congreso de la Sociedad Francesa de Oftalmología que debía celebrarse en París durante los primeros días de mayo, y rogó al doctor Barraquer diese a conocer su procedimiento a dicha Sociedad, ofreciéndole sus enfermos del «Hopital Lariboisiere», ofrecimiento que aceptó operando con éxito a varios cataratosos en el servicio de dicho profesor.

Deseoso el profesor Gallemaerts de adquirir práctica y amplia información sobre la técnica y curso que siguen los operados, se trasladó en noviembre último a Barcelona, donde permaneció doce días, y presenció en tres sesiones 23 operaciones, aumentando después de cada una el entusiasmo que por el nuevo método sentía ya, y practicándolo él mismo en siete casos con excelente resultado; hizo constar, en contra de lo que algunos suponen, que la operación resulta mucho más fácil y sencilla que la generalmente practicada.

Las informaciones que el doctor Gallemaerts, a su regreso a Bruselas, hizo llegar a la Sociedad Belga de Oftalmología, valieron al doctor Barraquer el título de Miembro de Honor de la misma.

Durante la permanencia del profesor belga en Barcelona, asistió a las sesiones operatorias el doctor Knusel, delegado, para tal objeto por el director del «Hopital Cantonal» de Aarau (Suiza).

A continuación, y para satisfacer la natural curiosidad de los oftalmólogos que me honren leyendo estas líneas que trazo con la buena voluntad del discípulo y mi mayor entusiasmo por el procedimiento ideado por mi ilustrado maestro, transcribo la estadística de los enfermos operados en dicha sesión.

Estadística de 23 operados:



Trece extracciones simples, de las que en siete se practicó una brecha periférica del iris, por tratarse de pacientes expuestos a hernia del iris.

Diez se practicaron con iridectomia, por tratarse de cataratas hinchadas en vía de evolución.

En una se practicó sutura previa y en dos la parálisis del orbicular, según la técnica de Villard, para impedir sus contracciones bruscas y por ellas la hernia vítrea.

Como accidentes operatorios fueron registrados: una hernia vítrea y dos roturas de cápsula; el curso de los operados fué satisfactorio. En dos de ellos se presentó ligero hiphema con queratitis traumática insignificante; en otro un enclavamiento de un ángulo del coloboma del iris, y, finalmente, otro enfermo presentó un ligero retraso en la cicatrización, pues hasta los ocho días después de operado no tuvo cámara.

A los diez días sus agudezas visuales fueron las siguientes:

Visión 1, seis individuos.

Visión 0,5 a 0,7, cinco individuos.

Visión 0,7 a 0,9, doce individuos.

En estas intervenciones llamó principalmente la atención:

1.º La gran facilidad con que sale el cristalino entero.

2.º La poca exposición que hay a la pérdida de vítreo, si el enfermo es dócil o bien si se han paralizado las fibras del orbicular.

3.º La inmediata pureza del negro de la pupila.

4.º Los enfermos no experimentan el menor dolor.

5.º Los operados se levantan solos de la mesa operatoria y pueden trasladarse a su domicilio con sólo un ligero vendaje, viéndose obligados a guardar cama sólo cuarenta y ocho horas.

6.º En los que durante la operación no han sufrido accidente alguno, y especialmente en aquellos intervenidos por extracción simple, es interesante ver la perfecta reacción a la luz de la pupila, que es siempre redonda y central. No aparecen fenómenos inflamatorios.

7.º La agudeza visual es superior a la obtenida por el proceder ordinario, más prematuramente.

8.º La hernia de vítreo se presenta solamente en los casos en que el enfermo verifica movimientos bruscos e imprevistos por el operador. La rotura de la cápsula es poco frecuente, muy rara, y solamente acontece en casos muy especiales y en sujetos no muy viejos. Esta rotura no constituye accidente, toda vez que se puede continuar la operación tal como si se hubiese hecho una quistitomia.

Aprovechando la estancia de ambos profesores extranjeros en Barcelona, el infatigable y eminente pediatra, el excelentísimo e ilustrísimo doctor don Andrés Martínez Vargas, decano de aquella Facultad de Medicina, consiguió ofreciera el doctor Gallemaerts una documentadísima conferencia sobre «Microscopia ocular en el vivo».

Al anuncio de la misma, y habiendo accedido, después de reiteradas súplicas de sus colegas, a tomar parte en ella el vate de la Oftalmología española, el profesor doctor don José Antonio Barraquer y Roviralta, desarrollando el tema sugestivo «Anatomía Patológica y Terapéutica de la miopía maligna», la sala dispensario de aquel hospital se llenó de selecta concurrencia científica. Ambos maestros ilustraron el desarrollo de su trabajo con gran número de proyecciones de trabajos originales, enriquecidos con la exhibición de ojos patológicos del famoso Museo, rica joya que lega a la ciencia la labor constante y el saber preclaro del doctor Barraquer y Roviralta. Los dos oftalmólogos consiguieron abrir amplios horizontes en el campo de la ciencia oculística del selecto auditorio, que no escatimó el aplauso justísimo y el homenaje merecido, del que son acreedores por su saber.

Dejó España el profesor belga rebosando entusiasmo por sus hombres de ciencia, y haciendo fervientes votos para que vayan siempre unidas nuestra nación y Bélgica, y se borren las fronteras del saber para hermanarnos en el campo de la ciencia en general y de la Oftalmología en particular.

Barcelona, diciembre de 1920.

VILA MORENO

## Valoración de la técnica en el pronóstico de la laringectomía (\*)

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, POR EL DOCTOR TAPIA

Hasta la fecha actual llevamos operadas 83 laringectomías, 13 por varios procedimientos (*Le Bec. Périer*) y 70 por el método de Gluck. De estas 70 intervenciones hemos perdido un enfermo al quinto día de la operación, por *shock* cardíaco (era un enfermo que pesaba 120 kilos, y que fué operado por anestesia clorofórmica por no consentir que se le operase con anestesia local), y otro al séptimo día, por continuación de una infección gastrointestinal preoperatoria, que atribuímos a la deglución de productos saniosos de un extenso circoma ulcerado. La proporción de mortalidad es el 2,85 por 100 (1).

Con respecto a los resultados lejanos, nosotros tenemos noticia de haberse reproducido en 25 casos entre la totalidad de las 83 intervenciones, lo que da una cifra del 30 por 100.

Ahora voy a tener el honor de presentar a ustedes 26 enfermos, que han sido tan amables, que a mi llamamiento han acudido a esta sesión desde los lugares

(\*) Véase el número anterior.

(1) En la fecha de hoy, enero, 1921, la cifra asciende a 82 operaciones por el método de Gluck (2,43 por 100 de mortalidad), y en totalidad a 95.



más apartados de Madrid. Ellos, operado el más antiguo hace doce años y el más reciente hace año y medio, demostrarán a los señores que me escuchen cómo se puede vivir bien sin un órgano tan necesario como la laringe.

Ellos hablan, casi todos, con aparatos artificiales, basados en el que construyó el operado Pereda con las ideas que yo le inspiré a la vista del aparato de Gluck que hube de proporcionarle; algunos con voz cuchicheada apenas perceptible y producida por simple musitación, y otros con voz faríngea alta, perfectamente inteligible.

He terminado, señores; y sean mis últimas palabras de gratitud para mis operados, que en bien de la ciencia hicieron el sacrificio de abandonar sus hogares por venir aquí, y para vosotros todos, por la benevolencia con que me habéis escuchado.

## BIBLIOGRAFIA

**Manual de la doctrina de la nutrición;** tomo I: *Dietética general*. (Sustancias nutritivas y alimentos, generalidades acerca de las curas de alimentación). Por los doctores CARLOS VON NOORDEN Y HUGO SALOMÓN.

Dado a conocer el nombre de los autores de esta obra, casi podíamos suprimir todo comentario; pero con el fin de que nuestros lectores tengan una idea acerca de las partes que comprende el citado libro y de los fines que los autores se han propuesto al escribirle, daremos los datos siguientes:

Von Noorden y Salomón han comenzado a escribirle después de llevar trece años de trabajo común, dedicado, especialmente, al estudio de la fisiología de la nutrición, del metabolismo y de los trastornos de la alimentación. En este primer tomo dan una idea general acerca de las sustancias nutritivas, començando por las más importantes leyes de la nutrición y pasando después una detenida revista a todos los alimentos. Insisten especialmente en la manera de prepararlos, en los casos en que son beneficiosos y en la utilidad que prestan aplicados a la alimentación de los enfermos. Cuando un médico dispone un plan dietético, se ve muchas veces interrogado acerca de pormenores de la preparación; pues bien, el libro presente está hecho con la intención de contestar a estas interrogaciones. No es que se haya convertido en un libro de cocina como advierten oportunamente los mismos autores; lo que el libro indica son las líneas de conducta que han de guiar en cada caso; la manera de conseguir en cada caso el efecto que se desea, supliendo las deficiencias del organismo enfermo por los recursos del arte. Contiene también datos interesantes por lo que se refiere a economía nacional relacionada con la alimentación y se ocupa de determinados problemas que en esta materia han surgido durante la guerra y que aun en lo porvenir ocuparán a médicos e higienistas. Sigue luego un capítulo que se ocupa de la higiene y de la bebida. Inmediatamente, en el segundo capítulo, principal del tomo primero, se discuten los planes dietéticos: dieta lactea, seca, de frutas, pobre en albuminoides, vegetariana, pobre en cloruro de sodio, sobrealimentación, curas de desengrasa-

miento, alimentación artificial. Por último, dedican un capítulo al estudio de la alimentación en estados especiales, por ejemplo, durante el embarazo, el puerperio; la lactancia, en la edad senil, etc.

Leyendo este libro no se puede menos de admirar la sagacidad y atenta observación de los autores. Ningún detalle, y a cualquiera se le alcanza lo complicados que son, ha escapado sin que le reseñen, sin que discutan su importancia y hagan las deducciones oportunas para cada caso. No es solo un libro en el que el médico especializado en estas cuestiones pueda aprender mucho porque tiene reseñados experimentos y experiencias: una ya conocidas y otras aún inéditas, es un libro en el que cualquier práctico encuentra con facilidad los consejos que le hacen falta para prescribir un plan dietético al enfermo que lo necesite y en el que encuentra además, y esto es muy importante, los recursos a que puede apelar cuando no le sea posible conseguir la alimentación ideal, para evitar al enfermo los trastornos que de una alimentación mal adecuada podrían deducirse.

ANTONIO FERNÁNDEZ MARTÍN.

## Periódicos médicos

### GINECOLOGÍA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

##### 1. Ventajas y técnica de la histerectomía total.—

Según los partidarios de la histerectomía supracervical en los fibromas del útero, esta operación tiene las ventajas siguientes: Es de ejecución más fácil y rápida; su morbilidad es menor; no acorta la pared vaginal y hay menos predisposición al prolapso de las paredes vaginales, porque el muñón cervical que queda permite conservar su forma a la bóveda de la vagina.

El doctor J. Osborne Polak cree que la histerectomía total es preferible a la supracervical, porque ésta tiene grandes inconvenientes. Deja el cuello uterino, que está, por lo general, infectado, desgarrado o hiperplásico, y como persiste una infección focal, no se contienen los flujos sanguíneos y leucorréicos. Además, el muñón del útero está expuesto a hacerse canceroso. Sólo conviene, por lo tanto, practicar la histerectomía supracervical en las nulíparas no infectadas y cuando el estado de la enferma o las dificultades técnicas sean tales que una ligera prolongación del acto operatorio aumente sus peligros de un modo extraordinario. Es preferible, por lo tanto, la histerectomía total, cuya morbilidad y mortalidad han disminuido bastante.

El doctor Polak recomienda la técnica siguiente:

Después de vaciar la vejiga con una sonda, se pincelan con yodo la vagina y el cuello uterino y se anestesía a la enferma, colocada en la posición de Trendelenburg, gracias a la cual los intestinos gravitan sobre la parte superior del abdomen. Se abre después éste por medio de una incisión larga practicada a la derecha o a la izquierda de la línea media y extendida desde el pubis al ombligo o más arriba. Se introducen dos



dedos en el ángulo de la incisión y se elevan sus bordes. De este modo penetra aire en el saco peritoneal, y el paquete de intestinos es rechazado hacia arriba. Los bordes de la herida son protegidos con compresas y el tumor se deja al descubierto retrayéndolos. Se coge el tumor con una pinza larga de Jacob y se extrae a través de la herida del abdomen lo más posible. Una vez que se le moviliza por completo se le separa a un lado para dejar al descubierto el infundíbulo pélvico y los ligamentos redondos. Se aplica lo más cerca posible del útero un cepo, que comprime la trompa, el ligamento útero-ovárico, y la parte superior de la arteria uterina y el ligamento infundíbulo-pélvico se liga en un punto distal del ovario. Se coge el ligamento redondo, se liga, y los dos ligamentos se seccionan en el lado uterino de la ligadura. Se practican las mismas maniobras en el lado opuesto.

Se tira después del tumor, lo que permite al ligamento ancho retroceder de tal modo, que sus capas anterior y posterior pueden separarse fácilmente y dejar al descubierto la arteria uterina. Se coge con una pinza de dientes de ratón el colgajo anterior del peritoneo, exactamente por delante del ligamento redondo, y se introduce debajo de él y por delante de la cara anterior del útero una tijera de Mayo, con la que se separa el pliegue vesíco-uterino de la inserción de la matriz, y cuando está completamente separado se corta a través de un ligamento redondo a otro. De este modo es posible separar por completo la vejiga de sus inserciones uterinas y vaginales, y se aumenta a la vez la movilidad del útero. El tumor se rechaza hacia adelante sobre el pubis, y el pliegue posterior del peritoneo se incide en sentido transversal exactamente por encima del sitio de inserción de los ligamentos sacrouterinos, y con la tijera de Mayo se separa de la cara posterior del útero. Quedan así completamente al descubierto las arterias uterinas, y tirando del tumor, los uréteres se separan de ellas y pueden cogerse con una pinza de Kocher y seccionarse el útero cerca del cepo. Si las arterias han sido perfectamente aisladas y el cepo se ha aplicado bien en un punto distal del origen de la rama vaginal, el resto de la operación puede decirse que es exangüe.

La vejiga se separa después con un retractor Doederlein y la vagina queda al descubierto exactamente por debajo de la unión cervico-vaginal. Se clava en la vagina una tijera curva puntiaguda, haciendo con ella una incisión transversal exactamente por debajo de su inserción al cuello del útero. El aire penetra así en la vagina y la distiende; se coge con una pinza de Jacob el borde cortado de la pared vaginal anterior, y con otra pinza idéntica el borde anterior del cuello. Se tira hacia arriba de éste, se tocan de nuevo con yodo el cuello y la pared vaginal y se introduce hacia abajo, a través de la incisión de la vagina, una tira de gasa mojada en tintura de yodo. La incisión de la pared vaginal se prolonga todo alrededor del cuello uterino en la unión vaginocervical. A veces es necesario, antes de cortar el útero libre, aplicar transversalmente un cepo

de Kocher que comprima la pared posterior de la vagina y cada ligamento sacrouterino. De este modo se previene toda hemorragia del borde seccionado de la vagina y se puede cortar el útero, libre de sus inserciones posteriores.

Una vez extirpados el útero y el tumor se suturan las paredes vaginales anterior y posterior, reuniendo éstas dos superficies. Contenida la hemorragia y cerrada la bóveda vaginal, se suturan a ésta los ligamentos redondos para prevenir la relajación de la pared anterior de la vagina. Los ligamentos sacrouterinos, que se ha tenido cuidado de conservar, se suturan también a la bóveda vaginal, lo que la permite conservar su posición elevada en la pelvis. La operación terminó cubriendo con peritoneo todas las superficies. Para ello se une el pliegue posterior del ligamento ancho con el anterior de modo que cubran los muñones de las arterias ováricas y uterinas y el repliegue vesical del peritoneo se aplica sobre el muñón de la vagina. Terminada la operación, queda una superficie peritoneal lisa extendida de una pared pélvica a la otra.

(*The Medical Record*, 6 noviembre 1920.)—F. Toledo.

#### SIFILIOGRAFÍA EN LENGUA EXTRANJERA

**I. Nuevos conceptos sobre la sífilis.**—El *Journal de Medecine et de Chirurgie Pratiques*, dedica su número, del 10 de diciembre de 1920, a la sífilis; es un tratado interesante que contiene las más apasionadoras novedades sobre la sífilis, escritas por autores prestigiosos. El doctor Sicart, en un artículo sobre sífilis nerviosa, recuerda que se ha hecho la experiencia de la inutilidad del mercurio en el período del chancro, mientras, por el contrario, el arsénico puede destruir, en inyección intravenosa, todos los espirochetos; hay, pues, que dar el novarsenio en dosis masivas hasta el límite de la máxima tolerancia. Por el contrario, en el período secundario de la sífilis, el treponema se ha generalizado y hay infección linfática, sanguínea y visceral; no hay probabilidades de obtener una esterilización definitiva, y hay que contar, además, con las reacciones treponémicas provocadas por las inyecciones arsenicales. De la dirección médica en el período secundario dependerá el porvenir nervioso del enfermo; es preferible que aquí la cura mercurial preceda a la novarsenical; las investigaciones de Kohn, Abrest y Paraf, han demostrado que el parenquima nervioso retiene mucho menos arsénico que los otros parenquimas viscerales; se puede, pues, temer que el treponema, demasiado sacudido por el arsenical, intente librarse de él refugiándose en la intimidad del tejido nervioso, menos cargado de arsénico, de viscerotropo o dermatropo; el treponema se hace por una terapéutica intempestiva, neurotropo, con todas las consecuencias lamentables que esto acarrea. En este período secundario no debemos ce-



sar de combatir la sífilis, guiándonos, no sólo por la reacción Wassermann de la sangre, sino por la del líquido céfalo raquídeo, al menor indicio. En la neurosífilis, distingue la meningitis sífilítica secundaria, unida o no a meningo-vascularitis cerebral o medular (diplopia, hemoplegia precoz, paraplegia precoz), que obedecen a la medicación, específica y la neurosífilis terciaria o pasasífilis, que comprende la hemiplegia y paraplegia crónica espasmódica, la tabes y la parálisis general; para esta última propone las dosis pequeñas, continuadas y repetidas por vía subcutánea, venosa o intramuscular. Afirma que la impregnación del sistema nervioso con los novarsenicales es más marcada por la vía subcutánea o intramuscular que por la intravenosa, según se deduce de los trabajos de los citados Kohn, Abrest y Paraf, por la vía intravenosa el treponema está poco tiempo en contacto con el arsénico. Del tratamiento subaracnoideo medular, dice, lo ha abandonado después de haber sido el primero (1900) en administrar por esa vía el mercurio. Cuando quiere alterar la permeabilidad meníngea inyecta cada seis a diez días cinco a ocho centímetros cúbicos de agua clorurada esterilizada en la aracnoides lumbar, buscando sólo la acción mecánica o revulsiva. Si se emplean dosis suficientes de mercurio o arsénico, las reacciones son demasiado vivas, si sólo se inyecta un décimo de miligramo de cianuro de mercurio o dos o tres miligramos de novarsénico, estas dosis son inmediatamente ingresadas en el torrente sanguíneo, según las leyes de exosmosis del líquido raquídeo, por eso prefiere una inyección raquídea perturbadora (agua salada) unida a un tratamiento antisifilítico por vía cutánea o venosa, con lo cual se asegura el paso a los centros nerviosos de mayor cantidad de medicamentos.

De las inyecciones subaracnoideas lumbares de suero humano novarsenicado o no, cree es una medicación desilusionadora que no merece los elogios que le han dedicado en América y en España; ha visto, entre 12 casos, dos de muerte.

El doctor Fernet, médico de San Lázaro, se ocupa del tratamiento de la sífilis; recuerda el interés que hay en hacer el diagnóstico proceso de la sífilis para organizar su terapéutica en el primer período, en el cual se logra el máximo de resultados favorables. La curación es, sobre todo, realizable cuando todavía es negativa la sero-reacción.

Como Queyrat y Pinard, dice: Nada de tratamiento local en las ulceraciones chancriformes, hasta que no se haya hecho el diagnóstico de laboratorio, *tratar sólo con agua hervida* y no instituir un tratamiento antisifilítico hasta que se haya hecho el diagnóstico de esta enfermedad. Se hace un tratamiento completo y se practica cada mes una sero-reacción si continúa negativa; al año se hace una reactivación inyectando 0,30 de novarsenobenzol, y un mes después la sero-reacción, si es también negativa; por último, la reacción del líquido cefalorraquídeo, si es

negativa, y la linfocitosis y albúmina son normales, se puede afirmar la curación. A este tratamiento de arsenicales al principio y de mercuriales después, Milian añade un tratamiento por la boca para impregnar el hígado.

Según Saboureaud, a medida que nos alejamos del principio de la sífilis, palidecen los méritos del arsénico y adquieren más brillo los del mercurio.

Cuando se traten enfermos en el período secundario hay que seguir las mismas normas, pero los éxitos serán siempre menos numerosos.

Tinel escribe sobre el problema terapéutico de la sífilis meníngea: Según se deduce de la reunión de la Sociedad de Neurología en julio del 1920 en París, hay que admitir, sin duda, la eficacia del tratamiento específico sobre los accidentes nerviosos y meníngeos de la sífilis.

Tinel afirma la eficacia cierta del tratamiento específico. El mercurio da resultados, aunque el arsénico parece en general, preferible. Se ocupa con extensión del problema de la permeabilidad meníngea, al cual está unida la eficacia del tratamiento específico, mercurial o arsenical. La cuestión de la permeabilidad meníngea a los medicamentos domina el problema de la sífilis meníngea; se sabe que en el estado normal la permeabilidad meníngea es casi nula, y como la secreción de los plexos coroides que preside la elaboración del líquido cefalorraquídeo es electiva de la mayor parte de las sustancias medicamentosas, apenas pasa ninguna cantidad apreciable al mismo líquido. Esta impermeabilidad desaparece si hay reacción inflamatoria de las meninges, y provocando una meningitis experimental, se puede hacer en el animal que sus meninges se hagan permeables al plomo, al mercurio, etc., etc. La cifra de la linfocitosis fácil mide el estado inflamatorio de las meninges y, por lo tanto, su permeabilidad. Así, después de una inyección de salvarsán, 0,60 centigramos, hay indicios de arsénico en el líquido cefalorraquídeo con 8 a 10 linfocitos por milímetro cúbico, hay más con 20 a 25 linfocitos, más con 70 a 80, y, por fin, en una meningitis aguda sífilítica, con 150 a 200 linfocitos hay en el líquido cefalorraquídeo casi tanta cantidad de arsénico como en la orina.

Esto nos explica por qué las meningitis agudas o subagudas sífilíticas curan con tanta facilidad con los tratamientos antisifilíticos. Al pasar al estado crónico disminuye la permeabilidad, a medida que se atenúa el estado inflamatorio.

El paso de medicamentos a las meninges determina reacciones nerviosas, a menudo muy vivas, pero que son el mejor testigo de la eficacia del tratamiento. Si la dosis terapéutica es muy débil, lo fuerza el obstáculo meníngeo, y es bastante grande para vencer la resistencia meníngea, puede, por pequeña cantidad que sea, provocar reacciones nerviosas muy violentas, que resultan de poner en libertad toxinas microbianas por tieponemolisis con reacciones con-



gestivas e inflamatorias pasajeras. Es decir, son fenómenos de Herxheimer.

Estas reacciones, con un tratamiento bien llevado no tienen importancia, y no pueden evitarse ni aun por un tratamiento hecho con inyecciones pequeñas, pues si la reacción no sigue a cada inyección, sigue a un grupo de ellas.

La progresión del tratamiento debe acomodarse a la intensidad de las reacciones, que deben ser francas, pero soportables.

Los resultados obtenidos sólo se mantienen, en general, por la persistencia casi indefinida del tratamiento. Raras veces se logra la detención definitiva de la enfermedad. La interrupción prolongada del tratamiento provoca, casi siempre, una recidiva. Las mejorías, es preciso saberlo, no son curaciones. Las recaídas, después del tratamiento, parecen más graves de lo que sería la enfermedad abandonada a sí misma antes de tratarla. Estos enfermos de tabes y parálisis general están, pues, *condenados a tratamiento a perpetuidad*.

De los coadyuvantes de la medicación intravenosa y de las medicaciones intrarraquídeas, dice:

«Como disminuye progresivamente la permeabilidad meníngea a medida que mejora la meningitis, y disminuyen las reacciones inflamatorias, cuanto más se aproxime el enfermo a la curación es más difícil llegar a los agentes infecciosos.

Para vencer la impermeabilidad meníngea se han ensayado múltiples métodos, por ejemplo: la provocación de una reacción inflamatoria inyectando en la vía intrarraquídea algunas gotas de suero fisiológico (Sicard); lo que produce una lógica meningitis aséptica.

Se aumenta la permeabilidad meníngea por medio de una inyección subcutánea de nucleinato sódico, que determina una reacción febril con polinucleosis, exageración momentánea de la permeabilidad, raquídea y paso del arsénico al líquido cefalorraquídeo. Análogo efecto parecen ejercer las inyecciones de tuberculina. Estos métodos de permeabilización meníngea parecen al autor preferibles a los de inyecciones intrarraquídeas.

Los métodos intrarraquídeos de antisifilíticos en disolución son brutales, determinan reacciones meníngeas violentas, la técnica es minuciosa y no parece todavía definitiva, y para un número limitado todavía de casos cuenta con muchos muertos y paraplegías graves. Se han sustituido, pues, por las inyecciones intrarraquídeas de suero salvarsanizado o mercurializado. Se saca suero a un enfermo a quien horas antes se le ha puesto una inyección neoarsénica (Scrift y Ellis) y se le inyecta en el raquis.

Parece que este suero ejerce una acción treponemocida, que no es debida a las dosis ínfimas de salvarsán, sino a un derivado desconocido del 606 ó a los anticuerpos provocados por la inyección. El agente terapéutico parece ser eliminado rápidamente

por la circulación del líquido cefalorraquídeo; una punción lumbar a las dos horas sólo revela indicios, inferiores a lo que se halla después de una inyección intravenosa grande en caso de linfocitosis moderada.

Parece, pues, que estas inyecciones (Sicard) intrarraquídeas sólo aumentan la permeabilidad meníngea, provocando una fuerte reacción inflamatoria, y eso consiente el paso más fácil del arsénico o del mercurio que todos los autores inyectan simultáneamente por la vía endovenosa. Sólo son, pues, como las inyecciones de nucleinato sódico o de tuberculina, coadyuvantes de la medicación intravenosa. Esta sigue siendo, por lo tanto, la base de la medicación en la sífilis nerviosa.

En cuanto a los procesos naturales de defensa en las sífilis meníngeas, dice que a su desfallecimiento se deben las neurorecidivas. Las meninges se defienden mal contra la infección. Fabrican muy pocos anticuerpos y su principal medio defensivo parece ser la inmunidad prestada que les proporciona el suero sanguíneo por las traxudaciones que consiente el estado inflamatorio meníngeo. Algunas manifestaciones paroxísticas, como las crisis fulgurantes, etc., sólo son reacciones pasajeras determinadas por una descarga de anticuerpos sanguíneos en el líquido cefalorraquídeo, en relación con una crisis hemoclásica o una movilización leucocitaria. Se puede hacer aparecer estas crisis por una inyección de nucleinato sódico. Si es verdad que las meninges obtienen su principal defensa de los anticuerpos del suero sanguíneo, esto sólo es posible mientras existe cierto grado de infección general, generadora de anticuerpos. Así se comprende que la destrucción casi completa por un tratamiento intensivo de los treponemas en circulación, en la sangre, los tejidos o los órganos hematopoyéticos pueda privar de su principal medio de defensa espontánea a las meninges infectadas. Esto explicaría la frecuencia de neurorecidivas y su marcha rápida después de un tratamiento capaz de desinfectar todo el organismo sin esterilizar las meninges entregadas, por lo tanto, sin defensa, a la infección residual, y hace comprender la necesidad de los tratamientos prolongados indefinidamente.

El aislamiento relativo de los medios meníngeos y su incapacidad defensiva autonómica puede explicar la dualidad de sífilis en taneoviscerales y nerviosas. ¿No puede resultar el neurotropismo, es decir, el desarrollo de la infección en las meninges de la insuficiencia del desmotropismo? La mayor garantía contra la evolución de una tabes o de una parálisis general es *ser sífilítico*, es decir, encontrar en una infección de la sangre, de la piel o de las vísceras una causa provocadora de reacciones suficientemente enérgicas para preservar las meninges donde el treponema se cultiva difícilmente. Una sífilis exuberante parece preservar las meninges mientras, en una sífilis tóspida la falta de reacciones defensi-



vas no proporciona a las meninges los anticuerpos complementarios que necesita.

Explica las neurosífilis en los casos tratados enérgica y precozmente por los arsenicales, porque estos tratamientos, insuficientes para alcanzar las meninges ya infectadas, son bastantes para esterilizar casi el resto del organismo y privar, por lo tanto, los medios sanguíneos de los anticuerpos auxiliares que de ordinario bastan para impedir el desarrollo del microbio en un medio, después de todo, bastante refractario.

Esto demuestra que si se quiere sustituir a los procesos naturales de defensa una acción terapéutica, hay que hacerlo por completo. Mientras no se obtenga la esterilización meníngea hay que repetir periódicamente el tratamiento.

Es probable que en el método de Schrift Ellis el suero salvarsanizado contiene algunos anticuerpos provocados por la inyección intravenosa y por la treponemolisis que determina, pero su número es pequeño. Beriel y Durand han propuesto la inyección intrarraquídea a los tabéticos de suero procedente de sujetos sífilíticos en período florido tratados enérgicamente por el salvarsán.

Si se pudieran obtener cultivos puros y abundantes de treponemas, sería más sencillo obtener una vacuna calentada que sirviera para reactivar periódicamente el suero de los enfermos en tratamiento y para provocar la formación de anticuerpos que se podrían inyectar a voluntad por la vía lumbar.

Peros los cultivos de treponemas no son, hasta hoy, más que curiosidades de laboratorio...

#### APARATO UBINARIO

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**I. La interpretación de los resultados suministrados por la constante de Ambard, por P. Vansteenberghe.**—La prueba de la constante de Ambard descansa sobre las leyes de la excreción uréica, formuladas por dicho autor, y que pueden resumirse así: «La concentración de la urea urinaria varía como el cuadrado de la concentración de la urea sanguínea; la cantidad total de urea eliminada por la orina es inversamente proporcional a la raíz cuadrada de la concentración de la urea en la orina.»

Conviene, sobre todo, preparar correctamente la prueba, para lo cual basta vaciar completamente la vejiga del enfermo a una hora dada, extraer por ventosa escarificada o por punción venosa 25 centímetros de sangre, recoger, por último, una cierta cantidad de orina en un tiempo determinado (treinta a sesenta minutos por término medio). Para interpretar el resultado de la prueba hay que recordar que intervienen tres factores en el cálculo: la azotemia (cantidad de urea en la sangre), la cantidad de urea eliminada con la orina en veinticuatro horas, y, por último, la concentración de urea por litro de orina.

De ordinario, en un sujeto normal la relación entre estas cantidades, eminentemente variables, es constante y vecina de 0,07. Cuanto mayor es esta cifra más defectuoso es el funcionamiento renal; un valor de 0,14 indica que sólo trabaja una cuarta parte de parénquima renal; si es 0,21, sólo trabajará el 10 por 100.

Generalmente el método sólo atiende al cociente que resulta cuando se calcula una constante, lo cual es un error; los tres factores antes enumerados tienen una importancia propia a veces tan grande como la de la constante. En las grandes azotemias, por ejemplo, se admite con razón que la investigación de la constante no es útil; el pronóstico de la afección se relaciona sencillamente a la cantidad de urea del suero sanguíneo; sin embargo, esta cuestión ha sido combatida en estos últimos tiempos, observando Vansteenberghe que en las nefritis agudas y sus complicaciones la gravedad del pronóstico no dependía exclusivamente de la azotemia; ahora bien, si en estos enfermos se investiga la constante de Ambard, se observa que la cifra obtenida es en general variable de un día a otro; pero que en los que deben curar, el valor de la constante desciende de un modo progresivo antes de toda mejoría clínica cuando la azotemia queda aún estacionada o hasta aumentada ligeramente.

En las azotemias pequeñas, inferiores a un gramo, las conclusiones de Ambard conservan todo su valor, y la utilidad práctica de la investigación es innegable; enfermos con 0,35 gramos de urea en sangre pueden tener un riñón muy alterado, lo cual se descubre por el cálculo de la constante; pero para que el resultado tenga valor hay que hacer las operaciones necesarias en condiciones fisiológicamente definidas. Segundo factor: lo mismo que las oligurias pasajeras tienen una gran importancia, las poliurias momentáneas pueden modificar completamente el resultado de una constante. Por tanto, hay que desconfiar, en los retencionistas sobre todo, de las variaciones de la cantidad de orina eliminada, y para evitar las causas de error que provienen del aparato excretor del riñón es de desear que sea el cirujano el que practique por medio de la sonda la extracción de la orina en los casos sospechosos. El tercer factor, o sea la concentración uréica en la orina, es para el autor el de mayor importancia, hasta el punto de decir que con el estudio de las variaciones de esta concentración, durante varios días seguidos, en un enfermo colocado en idénticas condiciones, se puede obtener ya, sin examen de la sangre, deducciones interesantes sobre el funcionamiento renal. Reuniendo casos de este orden, ha podido apreciar que constantes suficientes no lo eran más que de un modo artificial. Por tanto, no hay que basarse de una manera exclusiva en el cociente del cálculo para la constante para establecer el pronóstico de una afección renal, sino que hay que tener muy en cuenta cada uno de los factores men-



cionados, y así, una constante no debe considerarse normal porque sea 0,07, sino, sobre todo, porque sus diferentes factores estén comprendidos dentro de límites que la fisiología considera como normales.—(*L'Echo Medical du Nord*, núm. 40, 31 diciembre de 1920.)—*Luengo*.

#### MÉDICINA INTERNA EN LENGUA EXTRANJERA

**1. El herpes zoster, único síntoma manifiesto de enfermedades de los órganos internos que por lo demás llevan un curso latente, por el doctor A. Arnstein.**—La relación del herpes zoster con las lesiones de los órganos internos es cosa ya conocida de antiguo, y uno de los casos particulares de esta relación que más interesan al internista es el herpes, reflejo que aparece en las más variadas enfermedades; pero en todas o casi todas ellas hay algunos síntomas independientes del herpes que indican la existencia del proceso fundamental. En cambio, en los ocho casos que cita el autor era el herpes el único síntoma morbosamente aparente. En el primer caso, el herpes se presentó en el territorio del noveno nervio intercostal derecho; la exploración demostró la existencia de un proceso inflamatorio de las vías biliares con tumefacción y dolorimiento del hígado. En los casos segundo, tercero y cuarto, el herpes se presentó en los territorios de los nervios intercostales cuarto y quinto izquierdos, sexto izquierdo y quinto derecho, respectivamente.

La exploración demostró en estos tres casos la existencia de fosos de infiltración en los lóbulos inferiores izquierdo (en los dos primeros casos) y derecho (tercer caso), que hacía algún tiempo no presentaban ningún síntoma propio (fatiga, tos, expectoración).

En los otros casos el herpes se presentó en los territorios de los nervios cervicales sexto izquierdo, tercero izquierdo, cuarto derecho, y tercero y cuarto derecho, respectivamente. En todos ellos se encontró retracción del vértice del lado correspondiente con estertores de burbujas finas en unos casos, y sople bronquial en otros.

La explicación de la patogenia de este herpes zoster, hoy universalmente admitida, es la de que la lesión del órgano interno provoca una excitación en el arco reflejo viscerosensitivo, la cual tiene por consecuencia la creación de un foco de menor resistencia en el ganglio espinal correspondiente, por lo que es más fácil que le ataque la causa infecciosa o tóxica que determina la producción del herpes zoster. Los casos referidos añaden el dato de que no siempre las fibras nerviosas sensitivas sufren por la lesión del órgano una alteración tal, que se haga manifiesta al enfermo, sino que la causa excitante puede pasar inadvertida al que la padece.

(*Wiener Klinische Wochenschrift*, núm. 2, 1921.)

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

**2. Una compresa de gasa como núcleo de un cálculo vesical.**—La doctora Alice F. Maxwell refiere la siguiente curiosa nota clínica:

E. N., mujer casada, de cuarenta y cinco años, cuya historia familiar y personal era negativa y que había tenido diez hijos, ingresó en la clínica de mujeres del University of California Hospital, un año después que un cirujano distinguido la practicó en otro hospital una herniotomía inguinal izquierda y reparación cer-

vical, después de lo cual se desarrollaron gradualmente varios síntomas vesicales. En la fecha en que se la recibió se quejaba de poliuria, tenesmo vesical y paso de materias blancuzcas y filamentosas.

Se encontró un tumor pélvico, cístico y sensible del tamaño de una naranja pequeña, la mayor parte del cual se hallaba a la izquierda de la línea pelviana media. Se descubrió luego que aquella masa era la vejiga muy contraída e indurada. El útero se hallaba erguido y agrandado, hallándose cercano a la pared vesical posterior. Una sonda de cristal dió contra una masa dura que produjo un retintín preciso. El cistoscopio reveló una uretra muy injectada, una vejiga hiperémica, con muchas áreas ulceradas y un gran cálculo grisáceo que casi llenaba la vejiga contraída. Se practicó una gran fistula vesicovaginal y se extirpó el cálculo en fragmentos, puesto que era demasiado grande para extraerlo sin aplastarlo. Resultó ser una compresa de gasa quirúrgica, infiltrada de depósitos salinos. Calculamos que la masa completa medía ocho centímetros en el diámetro más largo.

Los síntomas de la paciente desaparecieron en seguida después de la operación, y se la dió de alta tres semanas después, con la orina todavía enturbada por pus. Tres meses después, la pared vesical parecía normal y se cerró sin dificultad la fistula vesicovaginal. Subsecuentemente, se trató la vejiga con irrigaciones de ácido bórico para dilatarla a su tamaño normal. La paciente se halla hoy día bien y libre de todos los síntomas vesicales, año y medio después de cerrarse la fistula. (*The Journal*, A. M. A., 15-11-920.)

**3. Embarazadas tuberculosas.**—El doctor Pedro Nubiola estudia detenidamente el curso de esta enfermedad en las embarazadas, y establece las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> El embarazo no altera de una manera constante, ni mucho menos, el curso de una tuberculosis. En la mayoría de casos no se agrava la enfermedad.

2.<sup>a</sup> No existe ningún signo clínico que demuestre la probabilidad de una agravación debida al embarazo.

3.<sup>a</sup> La práctica del aborto provocado es completamente ilógica y carece de base científica. No es raro observar aborto o parto prematuro espontáneo en los casos graves.

4.<sup>a</sup> Dado que la agravación, caso de sobrevenir, suele más bien coincidir con las últimas etapas de la gestación, puede decidirse con más frecuencia que lo corriente el parto provocado algo prematuro; es asimismo recomendable acelerar en lo posible el parto para evitar esfuerzos peligrosos para la madre y nocivos para el nuevo ser.

5.<sup>a</sup> Es absolutamente necesario albergar a las embarazadas grávidas en sanatorios especiales, donde puedan recibir un completo tratamiento.

6.<sup>a</sup> La existencia del embarazo no excluye ninguno de los medios de tratamiento modernos, así las tuberculinas como el pneumotorax y las intervenciones quirúrgicas sobre el pulmón (plombaje, toracoplastias, etcétera.)

7.<sup>a</sup> Debe aislarse a los recién nacidos de los focos de tuberculosis; aun en el caso en que la madre pueda amamantarles durante algún tiempo, es necesario hacerlo con las mayores precauciones y tenerlos separados de la madre aparte del momento de las tetadas.

(*Clínica Castellana*, 10-920.)



# 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

##### Comisión gestora.—Proyecto de ley.

Una numerosa, seria y efectiva Comisión de presidentes de los Colegios Médicos de España, compuesta por los representantes de sus respectivas colectividades en sus mismos presidentes, o con las delegaciones de sus congéneres, se encuentra actualmente en Madrid gestionando una reforma de los Estatutos por que actualmente se rige la Colegiación médica obligatoria. Las visitas que esta Comisión ha hecho al presidente del Consejo de ministros, al ministro de la Gobernación y al de Hacienda, con objeto de obtener mejoras sólidas y reales para el Cuerpo Médico Nacional, a quien tales entidades representan, tiene hasta ahora la favorable y alentadora significación de la promesa verbal, explícita y espontánea, que los representantes del Poder público no suelen regatear ante la expresión de justas, razonables y necesarias aspiraciones, como las representadas por la Comisión a que venimos refiriéndonos.

Pero esto no basta; continuamos y continuaremos siempre encontrando inexplicable el recelo, por no decir la ofensiva indiferencia, que merecen a algunos representantes del Poder público las aspiraciones de la clase médica española.

¿Por qué reconocer la justicia de identificación de las condiciones del ejercicio de ciertas profesiones entre sí y vacilar en la concesión de los medios de dignificar el ejercicio de estas profesiones? ¿Obedece esto a la estólida idea de que tienen las unas un grado categórico de dignidad mayor que las otras? Nos resistimos a creer esto porque, conjunta con nuestra creencia, tendría que venir la de la absoluta incompetencia y la de la incompreensión de que son capaces nuestros gobernantes *forenses*, para quienes todo el problema político, nacional, social y hasta planetario consiste en el ejercicio de la abogacía, fuera del cual todo otro, siquiera sea mundial y biológico, no merece la menor atención, o aquella que se le concede tiene el carácter de *benevolencia otorgada*. Nuestra significación de hombres de mundo y de biólogos nos impone la benévola concesión de que los miopes de todas las variedades existen en todas las esfe-

ras sociales, y aun pueden predominar, dadas las modas actuales de los especialismos políticos; pero... los miopes, que pueden tener la ventaja de ver mejor los asuntos menudos que se les meten por los ojos, tienen el reconocido inconveniente de no ver lo que se les viene a distancia, ni lo que es amplio y comprensivo, ni siquiera lo que flota en su atmósfera ambiente, y esto produce, no tan tarde como ellos suponen, disgustos de que luego no se pueden quejar a nadie, si es que por acaso a ellos les produce disgusto lo que puede afectar a otra cosa que no sea su epidermis y su bienestar particular y político.

Concretamente: lo que la Comisión de los Colegios médicos gestiona es la reforma de los Estatutos, en el sentido de vigorizar las sanciones de que están los Colegios capacitados para obtener el cumplimiento de los deberes de los médicos entre sí y con la sociedad y el Estado. No pide más que aquello que está concedido en igual o superior medida a todas las demás profesiones liberales. Piense el Gobierno en que, paralelamente con esta justificada pretensión, está la no menos justificada protesta de la clase médica, sistemáticamente desatendida y aun vejada por los políticos incapaces y los caciques aprovechados de las localidades, sostenedores de los vacilantes prestigios centralistas; piense en esto, ya que nuestra voz amiga no puede serle sospechosa por haberle sido siempre leal, y no pierda de vista que el asunto apremia, que la opinión es unánime, y que una vez perdida la ocasión que honradamente se le presenta para resolver equitativamente estos asuntos, a nadie podrá quejarse de lo que suceda, ya que suya será la culpa de haber dado inconsiderados alientos a lo que la más elemental y decorosa estimación no debiera dar oídas en tan claros asuntos.

No bastan buenas palabras, no bastan corteses recibimientos, no bastan términos de aquiescencia para juzgar la estimación de bastardas aspiraciones; es necesario traducir en disposiciones oficiales y efectivas lo que de palabra se dice. De otro modo, todos nos cansaremos, y sucederá... lo que Dios quiera y lo que los Gobiernos se han buscado.



Leemos en los periódicos políticos que en el Consejo de Ministros último ha sido aprobado, para que sea sometido a la deliberación del Parlamento, un proyecto de ley del Ministerio de la Gobernación relativo al suministro y saneamiento de las aguas potables. Aunque no conocemos todavía el proyecto y nos reservamos lógicamente la opinión que nos merezca, el solo hecho de haber distraído su atención *electorofila* el señor ministro de la Gobernación hacia un asunto de higiene y salubridad pública, nos produce, después del primer asombro, una complacencia, que hemos de traducir en un sincero aplauso. Si el proyecto no es un *hueso* arrojado al Senado bonachón para que se entretenga mientras que en el Congreso se dilucidan los trascendentales tiquismiquis de las incompatibilidades de los grupos conservadores entre sí, de las divisiones del partido liberal y de las estruendosas divergencias (muchas veces convenida) de los unos con los otros; si el proyecto no obedece a esto (que nos tememos que sí obedezca), nuestro parabién más sincero al señor ministro de la Gobernación; pero no olvide este señor que "proyecto sanitario en puerta, muerte a la vuelta". O lo que es lo mismo: elija S. E. entre la airosa postura del suicidio administrativo, o la poca estimable supervivencia del gatuperio político diario.

DECIO CARLAN

## Historia clínica

Es inexplicable la ilusión experimentada al matricularse para empezar los estudios en la Facultad de Medicina.

Transeurren los siete años dulcemente al lado de sus queridos hermanos, condiscípulos, compartiendo las penalidades para obtener, al fin, hoja de estudios brillante. Se admira la constancia, buen deseo y cariño de nuestros inolvidables maestros, y de aquellas sabias doctrinas teorico-prácticas se recoge lo más fundamental para fijarlas en nuestro centro representativo, base esencial de nuestros modestos conocimientos.

Llegó el momento sublime: banquete de despedida, reina alegría entre profesores y alumnos, padres e hijos, que es igual; se les prueba el inmenso cariño que se profesa, y atentos a los sanos consejos, se promete firmemente seguir labor constante de estudios y práctica, e imposible borrar de nuestros cerebros aquellas monumentales explicaciones dadas en el anfiteatro y quirófano; se estrechan nuestros brazos formando lazo único, y levantamos nuestros vuelos a la suerte de nuestro destino, con el título debajo del brazo, carpeta de cirugía en una mano, estilográfica y recetas en la opuesta, dispuestos a hacer un bien al paciente.

Unos por los medios que le rodean y fortuna se es-

tablecen en capital o provincia, y los vemos estudiando, trabajando y haciendo oposiciones; son considerados, respetados y engrandecen su bienestar. Otros repasan los boletines y al fin deciden solicitar una vacante de pueblo, recibe correo en el que se manifiesta es él el preferido; vemos al novel con alegría inmensa en la citada villa, muy bien recibido, y desde aquellos instantes queda nombrado inspector municipal.

Unos, los menos, hacen contratos con el Ayuntamiento, y éste o una Junta de vecinos responden de la asignación anunciada. Otros, los más, hacen el citado documento por un número determinado de años; en cuanto a la titular, hacen entrega de una lista de vecinos con su asignación anual, y la cobranza la realiza el facultativo; tenemos, pues, al novel ocupando una vacante que en ocasiones su dotación es a capricho de los organismos que constituyen el Municipio.

Si el facultativo se encarga de la cobranza en su época, unos que poseen la cuota excesiva, otros que no pueden abonar en dicha especie y lo hacen lentamente, y la posición inferior paga cuando puede; si el reparto lo hace el médico con arreglo a posición y demás, los descontentos son numerosos, y el resultado es que después de algunos años, en el librito o cuádero de Igualatorio existen infinitas señales en descubierto.

Empieza el ejercicio profesional. ¡Qué higiene local, de vivienda e individual! Se hace uso del sano repertorio y señala sus primeras indicaciones; lucha enorme por parte de algunas familias y paciente, ejemplo: Un niño, con bronquitis capilar, en virtud del cortejo sintomatológico, estima indicado y recomienda aplicar al tórax toallas exprimidas en agua fría; si logra ser atendido y recobra su primitivo estado de salud, son contadas las demostraciones de afecto; pero si, por el contrario, el Destino se lo lleva, los comentarios y contrariedades son infinitos. ¡Qué espinoso es el ejercicio profesional en estas circunstancias! ¡Cuánta sencillez e insuficiente es el desarrollo mental de ciertas gentes! ¡Qué lucha para sobrellevar la vida puebleril y tan reducida la esfera de trato social! Trabajando y estudiando el medio de llenar indicaciones, e ingenio para tener al vecindario contento; pero ¡ay del pobre médico que por cualquier circunstancia desvía las relaciones de amistad con los señores que pretenden sea sus criados, esclavos! La perdición; precisa coger la maleta, y a marcha de aviación ausentarse; expulsión por formación de expediente, muy sencillo, y como las autoridades tienen que hacer causa común con los señores, resulta triunfante él..., y al *Botetín Oficial* con la vacante.

Puede ocurrir se solicite una de ellas y los Ayuntamientos estén indispuestos por cualquier concepto; la entregan sus nombramientos, y si tienen voluntad de abonar sus titulares, lo hacen, y el vecindario se lanza a buscar asistencia, y como existen muy malos e indignos compañeros, dan su conformidad por un montón de granos, arrastrándose y olvidando la educación médica, y tenemos al pobre facultativo en situación crí-



tica sirviendo de maniquí, de juguete del... Pagar exagerada cantidad por la vivienda antihigiénica (no sucede con el Clero, maestros y Cuerpo de la Guardia civil), también por consumos, contribución, etc.; vacunación, revacunación, asistencia al citado Cuerpo, la cirugía menor, inyecciones, ventosas, etc., etc., gratuito, y tan sólo la asistencia a los partos, si normal o distócico, se ponen de honorarios 15 ó 25 pesetas; no se cobra, y si disgustos; asuntos judiciales, esclavos por no cometer el más leve error y desear obtengan legalmente los lesionados su curación o alta lo antes posible; prácticas de autopsias y demás. ¿Qué beneficios se obtienen? Cero.

No terminamos la cobranza enojosa, se da el caso célebre en que, agotando el ingenio, rogar finamente a los morosos, cumplan con el deber sagrado; éstos se muestran díscolos, y por dicha conducta se ve en la imperiosa necesidad de pedir auxilio judicial, y constituido el Tribunal, aquel que obtuvo, a más del consuelo su curación, tiene la osadía de negar rotundamente dicha asistencia, y la respetable autoridad manifiesta que es viciosa la demanda; pruebas de recetas y testigos, no es suficiente la palabra, ni el cuadernito que se lleva siempre consigo, inseparable y que tanto se repasa. ¡No es lamentable ver al médico avergonzado ante el Tribunal y apreciar la satisfacción del ingrato, que niega ante la facies del mismo facultativo el acto humanitario! Es de extrañar la serie de vejaciones sufridas por el querido compañero del Pobo que se encuentra en tan lamentable situación.

Después de largos años de lucha, agotando sus escasas energías físicas y vitales, queda todavía el corazón hermoso, aún lesionado por las múltiples impresiones morales; fatigado su cerebro y rodeado del cariño de la familia, ocupa un modesto sillón; espontáneamente, movido por resorte, empleando sus últimas fuerzas de reserva, en virtud de aviso se lanza, provisto de papel, pluma y demás, a socorrer al necesitado; regresa orgulloso, como en sus primitivos tiempos, en la idea de recibir favorables noticias, como en efecto. ¡Su último auxilio!; reconoce la imposibilidad de ejercer la profesión; transcurren los días cubriendo sus necesidades modestamente con los escasos ahorros; espera, espera que algún que otro moroso llame a la puerta y entregue un paliativo; este pedazo de pan para el pobre médico, en agradecimiento a los beneficios que aportó con su noble inteligencia y lapicero; pero no llega, y rodeado de unos cuantos libros, aquellos inolvidables apuntes e historias de nuestros queridos maestros, padres, Sañudo y San Martín, etc., el joven envejecido que reposa en humildísimo jergón y ante ligero rescoldo, dirige su última mirada a los citados y exhala dulce sonrisa a la osla, a aquellos padres y hermanos del momento sublime. ¡Pobre mártir!

En suma, pues, idear el medio de complacer a ciertas pobres gentes, que ellas no son culpables de su atraso; sobrellevar con resignación el carácter y mucha miel y jarabe de pico al... Y de esa suerte podrá pulular con menor número de obstáculos, y en el silencio y meditación decir compadeciéndose: «A procura-

rar hacer bien, y que el Supremo ilumine a ciertas personas.»

¡Pobre mártir! Nosotros mismos, los miles y demás titulares de la Península, somos los culpables; transcurren los tiempos. sea cual fuese el Gobierno, nuestras aspiraciones se encuentran en el rincón del olvido. Trabajar titular para no obtener el paliativo antedicho. Nosotros tenemos la culpa, por no organizarnos de una manera definitiva y en gran armonía; ya es hora de exigir al Poder, en plazo no lejano y con la corrección debida, nuestro bienestar, nuestras aspiraciones, y máxime dadas las circunstancias especiales porque atravesamos; que se haga algo por la clase Médico-Farmacéutico-Veterinaria, y si no somos favorecidos, nosotros, nosotros somos los culpables; no sea el Clero, Enseñanza y otros los favorecidos tan sólo.

Las conclusiones que se deducen es fácil a comprender y desear veamos logradas nuestras justas pretensiones, es el humilde parecer del que, aunque llena de imperfecciones la expresada, no es nacida más que de una gran voluntad, que está dispuesta a formar cuerpo con las iniciativas de distinguidos compañeros.

Increíble es comprender la conducta, actitud de todos los Gobiernos hasta la fecha hacia la sufrida clase Médico-Farmacéutico-Veterinaria.

¿De qué vale esa labor constante y delicadeza de determinadas autoridades, ilustres compañeros y condiscípulos, si cuantos razonamientos y justísimas aspiraciones están relegadas al sueño del olvido? Creer, sin duda, se está en posesión de secretos especiales que facilitan oro y elementos de vida.

En cambio, asuntos relacionados con el Magisterio, Clero. Benemérita, porteros, oficinistas, etc., son insignificantes los obstáculos a fin de ser resueltos favorablemente, ¡y suman unos cuantos millones! Muy justo; pero nosotros, sin duda, no somos de igual condición.

Se debiera crear:

- 1.º Un Centro o Ministerio de Sanidad.
- 2.º Un Cuerpo Médico-Farmacéutico-Veterinario, del cual formarían parte, mediante oposición, los que obtengan su título en la Península.
- 3.º Un Montepío dependiente del citado Ministerio, y se atienda a la jubilación, viudedad, orfandad, etcétera; y
- 4.º Seamos dependientes del Estado, es decir, del Ministerio, que asignará las dotaciones de los titulares.

Las restantes conclusiones son fáciles de comprender en cuanto respecta a Colegiación, etc.

En suma, pues, formando lazo único con las respetables autoridades, ilustres compañeros y condiscípulos, que tanto en favor nuestro y con extremada paciencia trabajan, se debiera llegar al instante, no lejano, de hacer comprender al Gobierno, sea cual fuese, de que nuestras aspiraciones son justas, y a fin de evitar se exacerbe el malestar reinante con las consecuencias fatales que pudiesen sobrevenir, sea también partícipe de los beneficios que otras obtienen, la clase Médico-Farmacéutico-Veterinaria.

FERNANDO PASTOR SAN MARTÍN.

Hita (Guadalajara).



## Sociedad Ginecológica Española

ACTA DE LA SESIÓN CIENTÍFICA CELEBRADA EL DÍA  
16 DE NOVIEMBRE DE 1920.

Presidente: DR. BECERRO DE BENGOA

### ORDEN DEL DÍA

#### Embarazo tubario con esqueleto fetal.

Dr. Cospedal (hijo).—La seguridad y elegancia de la técnica operatoria del profesor Varela Radio hace que nosotros le invitemos con cierta frecuencia a operar en la clínica con el fin de admirarla e imitarla.

He aquí el último caso operado por dicho profesor en el Hospital de la Princesa.

P. C., de treinta y siete años; primera regla a los diez y nueve; casada a los veintitrés; madre a los veinticuatro, por vez primera, y a los veintiséis, por segunda vez. Seis años después del último parto se cree de nuevo embarazada, puesto que nota los mismos síntomas que en los anteriores embarazos; aumenta gradualmente el volumen de su vientre y las faltas de regla se suceden nueve veces consecutivas. Pocos días después de la última falta ofrece síntomas de parto; pero a pesar de que los dolores alcanzan una intensidad y frecuencia extraordinarias, éste no se verifica, y todo ello no determina sino la expulsión de una cierta cantidad de líquido teñido de sangre.

Al cabo de dos días, la calma se restablece, y, como consecuencia del falso trabajo, no quedan sino ligeras molestias abdominales y el establecimiento de secreción láctea, lo que a su vez desaparece pronto. Por otra parte el vientre, que durante el trabajo había disminuído algo, continúa decreciendo hasta llegar a hacerse casi normal.

Al undécimo mes de haber tenido la primera falta, se restablece la función de menstruar, la cual sólo dos veces, una a los tres meses de su establecimiento y otra dos meses antes de venir a nosotros, ha presentado caracteres dignos de mención, los cuales consisten en su abundancia y en la expulsión de trozos de tejido, que la enferma compara a «trozos de tripa».

La exploración bimanual pone de manifiesto la existencia de una tumoración grande, que parece continuarse con el útero, al cual rechaza hacia atrás y a la derecha. La tumoración da una sensación especial de crepitación, que, para expresarnos gráficamente, compararíamos a la que daría una bolsa llena de guijarros.

El doctor Varela Radio, auxiliado por sus habituales ayudantes, los señores Casas y Harguindey, y por mí, realiza la intervención.

Laparatomía media infraumbilical, despegamiento del epiplon, que se halla adherido sobre la superficie anterior de la tumoración; protección de la cavidad abdominal con grandes compresas, exploración de las partes; exteriorización del tumor, que no es otra cosa que la trompa izquierda; despegamiento y sección de

algunas adherencias peritoneales, que le unen a órganos vecinos, y extirpación de la trompa con su contenido. Nada de drenaje. Sutura en tres planos.

Curso posterior, excelente. Alta, a los quince días.

Los señores académicos pueden ver la pieza extirpada, constituida por la trompa que aloja el esqueleto fetal.

Como veis, el caso es uno de tantos embarazos tubáricos, que habiendo llegado á término acaba con la muerte y enquistamiento del feto, el cual es tolerado más o menos tiempo como cuerpo extraño por el organismo materno, en donde sufre distintas transformaciones y en el que puede ocasionar a su vez distintos trastornos.

Si lo hemos traído aquí ha sido únicamente pensando en que os sería agradable examinar la pieza patológica.

Dr. Vital Aza: Propongo a la presidencia que el caso clínico expuesto por el Dr. Cospedal (hijo), quede sobre la mesa para su discusión.

El presidente, después de consultar a la Academia, así lo acuerda.

#### Dispareunia y operación de Alexander.

Dr. Vital Aza.—Ante todo conviene que fijemos de un modo claro lo que nosotros entendemos por dispareunia, ya que el concepto que de ella tienen los autores es diferente. Para Kisch la dispareunia es la falta en la mujer de sensación voluptuosa durante el coito. Esto es lo que nosotros entendemos por *anafrodisia*, reservando la palabra *dispareunia* para designar el coito difícil. También queremos hacer constar la diferencia que existe entre dispareunia y vaginismo; en la primera no existe contracción vestibular; en tanto que esto es lo que caracteriza al segundo. Finalmente, la falta de apetencia debe ser designada anestesia sexual.

No voy a ocuparme ahora sino de la dispareunia originada por la *retroversión* uterina, cosa que en mi opinión es frecuente, a pesar de lo cual no suele consignarse en los tratados clásicos, como tampoco se citan entre los síntomas de retrodesviación las anexitis *indirectas*.

Muchas veces se nos presentan enfermas con procesos anexiales ligeros, de curso crónico y en las cuales la terapéutica no operatoria (columnización setiolada, diatermia, vacunoterapia, etc.) no ha logrado suprimir su sintomatología dolorosa. Pues bien; en muchas ocasiones se trata de enfermas que tienen el útero en *retroversión*, el cual arrastra consigo los anejos que, abandonando su posición habitual, caen al fondo de saco de Douglas, lo que acarrea una serie de perturbaciones circulatorias que, llevando el éxtasis congestivo, favorecen la aparición y persistencia de procesos inflamatorios. Por otra parte, y merced a que la retroversión produce un cierto grado de acortamiento del conducto vaginal, los anejos inflamados son contundidos directamente durante las relaciones matrimoniales.



He aquí un mecanismo de dispareunia, el único de que ahora nos ocupamos.

El tratamiento de la misma no debe ser otro que el de colocar el útero en su posición normal, con lo cual corregimos el acortamiento de la vagina, y ponemos un *cabestrillo* a los anejos, que nos permitirá tratar con éxito la inflamación de los mismos.

Para conseguirlo, la técnica que debe seguirse es, en nuestra opinión, la de Alexander, por la inocuidad con que se ejecuta, y porque sus fundamentos obedecen a una indiscutible base anatómica.

Nuestro modo de pensar se halla corroborado por los siguientes casos:

1.º Nulipara: dispareunia desde el momento del matrimonio, tomada por algún otro médico como vaginismo. Después del Alexander, curación.

2.º Multipara: en el tercer parto desgarro perinal. Retroversión y colpocele. Alexander. Curación.

*Dr. Cospedal (hijo).*—En primer lugar, para nosotros las retrodesviaciones, en muchas ocasiones, no producen el más pequeño síntoma. En tales casos no deben ser operadas, puesto que no constituyen en realidad una entidad patológica, sino únicamente una anomalía de posición uterina. Cuando determinan molestias, suelen ir acompañadas de anexitis; si éstas no son adherentes, claro está que podrán ser tratadas por medio de la operación de Alexander; pero como en muchas ocasiones hemos observado durante la paratoma que procesos anexiales que a la exploración se mostraban poco importantes tenían mayor entidad, nosotros preferimos en los casos en que junto con la retroversión existe anexitis la vía abdominal.

*Dr. Becerro de Bengoa.*—El tema es de un gran interés, y yo no me cansaré de repetir que son muchas las enfermas que se dirigen al ginecólogo diciendo que padecen leucorrea o dolor, y que en realidad lo que desean es ver si puede ser corregida su anafrodisia.

A fuerza de observar casos y casos de esta naturaleza, he llegado a adquirir la convicción de que las delicias matrimoniales ofrecen muy distinto carácter en uno y otro sexo. Para la mujer se hallan constituidas únicamente por la satisfacción de observar el deseo que proporciona al otro cónyuge. De aquí que yo estimo que la anafrodisia femenina no merece tratamiento.

Ahora bien: la dispareunia es otra cosa, y cuando ella sea producida por el mecanismo expuesto por Vital Aza, estimo que el tratamiento por él preconizado es el mejor. Así lo confirman los casos referidos.

*Dr. Luque.*—Señores: estoy por completo de acuerdo en que la dispareunia no es sino el coito doloroso. Ahora bien; a pesar de que yo soy un convencido de la operación de Alquié-Alexander-Adams (como lo demuestra el hecho de que a ello me acojo en un tanto por ciento muy elevado de la corrección operatoria de la retrodesviación uterina), estimo que en aquellos casos en que con la retroversión coexiste anexitis, deberemos dar la preferencia al acortamiento intraperitoneal. En esto estoy conforme con Cospedal (hijo),

del cual difiero en que considero la retroversión como una entidad patológica, que es necesario corregir siempre.

## Sociedad Oftalmológica de Madrid

SESIÓN DEL DÍA 27 DE MAYO DE 1920

*Doctor B. Carreras.*—(Discusión del tema expuesto por el doctor Basterra).—Yo encuentro, señores, la arremetida del doctor Basterra contra la sutura de la córnea en la operación de la catarata, no solamente injustificada, sino también injusta. Veamos con qué objeciones la combate. Si prescindimos de lo que hace referencia a la pérdida de tiempo que supone añadir este tiempo más a la operación (que no es, como se ve, una objeción seria) las demás se limitan a combatir la utilidad de la sutura; pero en ningún caso a demostrar que es perjudicial. Tenemos, pues, por una parte, que la sutura de la córnea está indicada, según ha reconocido el mismo doctor Basterra, en un cierto número de casos (síquesis del vítreo, cataratas subluxadas, sujetos nerviosos e indóciles, afecciones que predispongan a la tos, al estómago o al vómito, etc.), y no está contraindicada en ninguno. Esto ya hace que sea una cosa buena en el orden especulativo. Pero es que en el orden práctico la sutura de la córnea tiene también muchas más ventajas que inconvenientes. Los inconvenientes que se le achacan son: pérdida de tiempo, peligro de infección de las puntas y tener que quitarlas al tercer o cuarto día. La pérdida de tiempo, repito, no es una objeción seria. El que una intervención que debía durar tres minutos dure cinco no es cosa que deba escandalizar a nadie por avaro que sea de su tiempo, pues creo poder afirmar, sin temor de ofender a nadie, que el más trabajador de nosotros pierde inútilmente algunos cuartos de hora al día, y, por tanto, no tiene derecho a escatimar dos minutos para el bien de un enfermo.

Que un punto de sutura favorece la infección, es un pustulado quirúrgico antiguo; quizás demasiado antiguo—añado yo, ya que data de la época preantiséptica o preaséptica, mejor dicho, en que casi sin excepción se infectaban siempre los puntos hechos con seda no esterilizada o mal esterilizada. Hoy son estas infecciones en las estadísticas de los cirujanos limpios, cada día más raras, y por lo que respecto a la sutura de la córnea puedo afirmar, que son más frecuentes las infecciones de los ojos operados de catarata sin sutura que la de los puntos de sutura corneal.

El inconveniente de tener que quitar los puntos se reduce a una pérdida de tiempo, y, por tanto, queda reducido a la primera objeción ya rebatida.

Veamos ahora las ventajas: Si con un colgajo regularmente hecho, es decir, bien ejecutado, los labios de la herida coaptan bien, no sucede lo mismo cuando el colgajo es algo defectuoso (y a ningún operador, por hábil que sea, le resultan los colgajos siempre perfec-



tos; pues bien, con sutura de córnea los labios coaptan siempre, incluso en los casos en que la córnea se colapsa por la acción de la cocaína.

Es cierto que la sutura de la córnea no evita de un modo absoluto la salida de vitrio; pero, excepción hecha de las causas en que la pérdida de vitrio es fulminante y total, como he visto yo ocurrirle a unabilísimo operador francés, la sutura lo detiene siempre y permite la completa resección de la hernia del vitrio, lo cual aleja mucho el peligro de infección que resulta de esperar a que se cierre espontáneamente que una hernia del iris mantiene entreabierta.

Si tampoco suprime, la sutura de córnea, la hernia del iris, reduce considerablemente su número, y esto constituye una ventaja importantísima, ya que no solamente disminuye el riesgo de infección inmediata, sino los accidentes tardíos, tanto infecciosos como glaucomatosos.

Además de las citadas, reúne otras ventajas, como son: poder efectuar la disección de la cristaloides posterior, sin miedo a pérdidas de vítreo, para prevenir la catarata secundaria: permitir con toda seguridad que un recién operado pueda permanecer sentado, en vez de acostado, desde los primeros momentos siempre que su edad o el estado de su salud u otras circunstancias así lo exijan.

Otras razones podría aducir en pro de la sutura de la córnea; pero para demostrar su utilidad, que es lo que me proponía, bastan las antedichas.

Yo hace tres años que practico en todos los casos la sutura de la córnea, y por ahora estoy satisfechísimo con ella. Cuando el número de casos operados con sutura iguale a los de los seis años que he operado sin sutura, compararé los resultados, y si del estudio minucioso de las dos estadísticas resultan deducciones favorables para la sutura de córnea, la practicaré siempre más sistemáticamente.

El doctor Basterra ha combatido a los sistemáticos, quizás sin pensar que combatir por sistema a los sistemáticos es caer en el error que se trata de combatir.

Pero este error bien considerado, ofrece una enseñanza, y es que, cuando lo que se practica por sistema es bueno, ser sistemático es una virtud.

¿Habrá por ventura quién critique a un cirujano el que sea sistemático en practicar la asepsia por los procedimientos más seguros? Evidentemente que no. Pues bien; el doctor Basterra debiera haber demostrado con datos estadísticos que la sutura de la córnea ofrece más inconvenientes que ventajas, y, sin embargo, no lo ha hecho, antes bien, ha dicho que no conocía ninguna estadística verdad sobre la sutura de la córnea. Yo puedo decirle que sí, que la estadística del doctor Kalt es la mejor del Hospicio «des Quinze-Vingts», a pesar que sus otros colegas son tan hábiles como él y toman las mismas precauciones de asepsia. Sus éxitos superiores los debe, pues, a la sutura de la córnea. Apoyándome, pues, en la indiscutible autoridad de Kalt y en la bondad de su estadística, así como en la lógica de los argumentos que he aducido, hoy por

hoy defendiendo y soy partidario de la sutura de la córnea. Mañana, es decir, en un mañana más o menos lejano, es probable que un actual punto de vista se vea fortalecido por las enseñanzas que me aporte mi experiencia personal, hoy, como ya he dicho, todavía insuficiente.

*Doctor Rodolfo del Castillo.* Soy un convencido que la sutura previa de la córnea en la operación de la catarata tiene positivas ventajas, entre ellas el que evita las pérdidas de vítreo o las reduce al mínimun. disminuye el tanto por ciento de los enclavamientos del iris y facilita la deambulación precoz de los operados; ante estas indiscutibles ventajas no presenta otro inconveniente que su ejecución difícil para los que no tienen costumbre de llevar a efecto esta intervención que con su repetición logran dominarla. No es cierto que el punto de sutura provoque infecciones, pues los operados de cataratas se infectan con y sin sutura de córnea cuando se interviene en ojos previamente infectados, bien por dacriocistitis, ya por conjuntivitis; pues en ojos sanos la infección no debe presentarse cuando se toman las precauciones de asepsia y antisepsia de rigor en todas las intervenciones quirúrgicas.

Mi experiencia me ha enseñado que la conjuntiva bulbar y palpebral *sanas* son asépticas, no habiendo jamás encontrado en repetidos análisis otro germen que el bacilo serosis saprófito de la conjuntiva; por lo tanto, el emplear antisépticos para la desinfección conjuntiva, es restar defensas orgánicas, produciendo irritaciones medicamentosas que pueden favorecer una infección venida de fuera. En cambio, se deberá lavar y desinfectar cuidadosamente el borde ciliar de los párpados, que es el sitio donde anidan los gérmenes patógenos.

En los enfermos de vías lagrimales y de conjuntivitis microbianas debe atenderse el oculista de operar hasta tanto aquéllas no hayan desaparecido.

*Dr. Basterra.*—Asegura el doctor Márquez, no haber dicho en la Real Academia de Medicina que se debe practicar sistemáticamente la sutura de la córnea y, prueba de ello es, que él mismo no la practica siempre. Ciertamente es que unas veces se dice una cosa y se hace otra o viceversa. En este caso doy crédito a las palabras del doctor Márquez, retiro por consiguiente lo que le he atribuido como sistemático y me alegro que sea así, por ser el concepto que más me llamó la atención de su conferencia y el que influyó a que trajese este tema a nuestra Sociedad.

Otro razonamiento de mi compañero es el de que más operaciones ha hecho, tiene más derecho a hablar y me pregunta, que cuántas veces he hecho y visto hacer la sutura. Hasta la fecha, tres veces; la última, esta mañana. Aunque no la hubiese hecho nunca, tengo por costumbre ejercitarme antes en el cadáver. He visto hacerla al doctor Márquez, al doctor Barraquer, durante el último Congreso de Medicina, y algunos colegas del extranjero. También me sirve de algo el leer la prensa profesional en donde, si bien es verdad que se escribe mucho camelo o para la galería,

**PAPELES YHOMAR**

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



también hay trabajos serios, presumiendo de estar al corriente de dicha prensa profesional, lo mismo española que extranjera, como el que más, y también presumo de haber visto clínicas del extranjero como el que más. En ellas he visto, y desde luego también operar, a compañeros de prestigio reconocido y práctica tan dilatada por no decir más que la del doctor Márquez. Conozco también sus opiniones sobre la sutura de la cornea. Todo esto me proporciona una serie de elementos de juicio, más que suficientes para poder discutir y dar mi opinión sobre este asunto.

Sería pueril considerar a la sutura como intervención difícil; en nuestra especialidad hay una serie de intervenciones mucho más difíciles que la sutura.

Considero sobre esta cuestión, quizás sea porque durante mi carrera como interno me he educado en un ambiente de Cirujía, que lo referente a técnica operatoria, la dificultad está en ponerse a hacer las cosas sin temor ninguno. La primera vez es probable salga mal o medianamente, en las sucesivas se puede realizar tan bien como otro cualquiera que lleve más tiempo.

Reconozco que practicando la sutura, ¡para algo ha de servir! si sale vitreo apretando el punto que se ha dado deja de salir. Esta es para mí la verdadera única ventaja de la sutura. Por esta razón de ser empleada debe serlo únicamente en los casos que ya he citado.

Dice el doctor Márquez que el ser sistemático de cosas buenas, por ejemplo la asepsia, no es ninguna falta. Este no es argumento y de serlo es falso. Es lo mismo que si se empeñase en combatir la queratomeia para extraer el cristalino. Yo no discuto lo fundamental, lo esencial, lo comprobado y aceptado por todo el mundo; yo discuto lo secundario, lo accesorio como es la sutura. Muy parecido sería si yo pretendiese discutir con un arquitecto para que me hiciese una casa sin cimientos. Sería ridículo. Pero no lo sería si discutiese sobre la situación de una ventana o un tabique, por ejemplo.

El doctor Castillo, afirma que la sutura tiene más ventajas que inconvenientes, sin detenerse a señalar unas y otros. Si no se ha extendido la sutura, ni creo yo que se extienda, no es por dificultad de técnica, que no la tiene, sino porque, salvo los casos en que está indicada, más puede estorbar que ayudar. ¿En qué sentido quiere decir el doctor Castillo que no es perforante la sutura? Si la sutura penetra hasta la cámara anterior sería un grave contratiempo y es, por cierto, uno de los peligros que tiene la sutura. Es penetrante, en el sentido que perfora en una mayor o menor profundidad el parénquima corneal, provocando un traumatismo, una herida corneal que se puede infectar, habiéndose perdido algunos ojos por tal motivo.

Vea el doctor Castillo, cómo el doctor Márquez confiesa noblemente que ha tenido tres casos de infección por esta causa. ¿Hubiese ocurrido este accidente de no haberse practicado la sutura? Seguramente que no.

Para las otras consideraciones en que se ha extendido el doctor Castillo, le remito al trabajo del doctor Lindener de Viena sobre *Topográfica de los gérmenes del saco conjuntival*.

Contestando a mi amigo el doctor Carreras, voy a ser breve porque sus objeciones se alejan poco de las que me han hecho los otros compañeros. Hay una que difiere de las de los demás. Puesto que el colgajo—dice él—no siempre resulta tan perfecto y si muchas veces irregular, con la sutura coaptan mejor los bordes aun para los menos hábiles. Yo respondo que por resultar el colgajo irregular, puede suceder y sucede que al practicar la queratotomía seccionamos también la sutura que anteriormente hemos puesto. Además estamos cansados de ver colgajos irregulares que cicatrizan bien sin necesidad de suturas.

*Doctor García del Mazo.*—Sinusitis frontal izquierda con fístula en el párpado superior correspondiente.

Olegario D. de treinta y cinco años, de Novelda (Alicante).

Sin antecedentes patológicos, dignos de tenerse en cuenta, se presentó a mediados de octubre de 1919, diciendo que el año 1910 había tenido una erisipela de la cara y cuero cabelludo con flemón de la región superciliar izquierda, apareciendo al poco tiempo una fístula en el párpado superior izquierdo; el año 1915 le operaron extrayéndole unos secuestros de la región frontal, se cerró la fístula y volvió a abrirse a los pocos días, siguiendo la supuración y los dolores, cada vez mayores, hasta el día que le vimos por primera vez, que notamos ligero edema de la región superciliar izquierda, dolor a la presión: párpado superior izquierdo adherido por su parte media a la arcada orbitaria, presentando en este punto un orificio fistuloso en comunicación con el seno frontal y por el que salía constantemente un pus grisáceo sanguinolento; visión normal a pesar de no estar el ojo por completo protegido; movimientos oculares también normales; fosas nasales sin lesiones apreciables, no se pudo penetrar por el conducto fronto-nasal; por la *Radiografía* que hicieron con su habitual maestría los hermanos Ratera, se pudo observar la gran extensión del seno frontal izquierdo por una masa opaca; lo mismo sucedió con la *diafanoscopia*.

En vista de todos estos síntomas diagnosticamos una *sinucitis frontal crónica fistulosa* y ante la insistencia del enfermo que le operase por serle insoportable los dolores y desear fuese un oculista por la lesión de párpados, procedimos a efectuar la intervención el 7 de noviembre de 1919.

Previo los preparativos de rigor y anestesiado el enfermo practiqué una incisión cutáneo-periostica paralela al reborde orbitario a un centímetro por encima del mismo, que principiaba en la raíz de la nariz y terminaba en el final del tercio interno de dicho arco orbitario. Separado el periostio en una pequeña extensión, mantuve abierta la superficie por medio de separadores que sostenía un ayudante; señalé un punto en el hueso frontal separado de la línea media poco más

**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. Ferrer y Robert, Sitges (BARCELONA)

Ayuntamiento de Madrid



de un centímetro y otro tanto por encima del reborde orbitario y con esclapo y martillo practiqué en el hueso frontal una abertura mayor que una pieza de dos reales, llegando al seno frontal después de atravesar una capa ósea de más de 9 milímetros, apareciendo entonces por el orificio una substancia semilíquida de color gris sanguinolento; con cucharilla limpié de fangosidades toda la superficie del seno, extrayendo tres pequeños secuestros de la cara inferior del seno frontal; raspé el trayecto fistuloso que se agrandó bastante; después de bien seco todo el seno, hice una aplicación por toda su superficie interna de una disolución de cloruro de zinc al 8 por 100; pude comprobar que la comunicación con las fosas nasales era difícil por estar toda la superficie correspondiente a las células etmoidales anteriores muy endurecida después de tantos años de proceso; introduje unas tiras de gasa muy fina por la fistula hasta el seno; sutura de la piel y apósito seco.

(Continuará.)

## Sección oficial

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

#### REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Vista la razonada propuesta elevada a este Ministerio por la Inspección general de Sanidad, manifestando ser de alta conveniencia para el saneamiento de las poblaciones, reformar y unificar, simplificándola, la extensa y anticuada legislación que hoy regula cuanto se refiere a urbanización, ensanche y reforma interior de las ciudades y zonas de contacto con éstas, dictando al propio tiempo medidas legislativas que obliguen a los Municipios de poblaciones mayores de 10.000 almas, que no tengan aprobados planos de ensanche, a redactar los correspondientes proyectos con la oportunidad debida, todo ello desde el punto de vista técnico sanitario,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien disponer:

1.º Que bajo la presidencia de V. I. se constituya una Comisión que con la posible urgencia proceda, después de concienzudo estudio, a redactar las bases para un proyecto de ley que contenga cuantos preceptos sean necesarios para que, si ella mereciera la aprobación del Parlamento, pudiera en su día regir todo lo relacionado con el saneamiento y reforma interior de las poblaciones, así como la formación y ejecución de los planos de ensanche y zonas de contacto con aquéllas, inspirándose al redactar dicho trabajo en la necesidad de que la nueva legislación facilite a los Municipios la ejecución de tales proyectos y obras, garantizándose en unos y otras el cumplimiento de las condiciones sanitarias y técnicas exigidas por la moderna higiene urbana, todo ello desde el punto de vista técnico sanitario.

2.º Que la Comisión de referencia esté compuesta de los siguientes vocales:

D. Eduardo Gallego Ramos, vocal ingeniero de la Comisión sanitaria central.

D. Amós Salvador y Carreras, vocal arquitecto de la mencionada Comisión y Real Consejo.

D. Francisco Murillo, subinspector de Laboratorios de Higiene.

D. Ramón García Durán, subinspector de Sanidad interior.

D. Ricardo Díaz Merry, delegado del Ilustre Colegio de Abogados en la Junta Consultiva de Urbanización y Obras.

D. Manuel Durán de Cottés, oficial letrado del Consejo de Estado y Consejero de Sanidad.

D. Francisco Contreras, jefe de Administración, con destino en este Ministerio; y

El jefe de la Sección tercera de la Dirección general de Administración de este Ministerio.

Lo que de Real orden comunico a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 28 de diciembre de 1920.—*Bugallal*. Señor inspector general de Sanidad.—(*Gaceta* 1.º de enero.

#### REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.), de acuerdo con lo dispuesto por el vigente Reglamento de Sanidad exterior, se ha servido disponer que los Tribunales de examen previo y oposiciones para el ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad exterior, en las convocadas con fecha 27 de julio último, queden constituidos en la siguiente forma:

#### *Tribunal de examen previo*

Presidente: Sr. D. Francisco Contreras y Martín, licenciado en derecho, jefe de Administración civil.

Vocales: Sr. D. Antonio López Sancho, catedrático de Geografía, y Sr. D. Fernando Fernández Celbeti, catedrático de idiomas.

#### *Tribunal de oposición*

Presidente: Excmo. Sr. D. Manuel Martín Salazar, inspector general de Sanidad.

Vocales: Sr. D. Manuel Romero Ponce, Subinspector de Sanidad exterior; Sr. D. Federico Mestre Peón, jefe de negociado de segunda clase de Sanidad exterior, y Sr. D. Manuel de Torres-Grima, jefe de Negociado de tercera clase de Sanidad exterior.

Secretario: Sr. D. Julio Orensanz Tarongi, oficial primero de Sanidad exterior.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 20 de enero de 1921.—*Bagallal*. Señor inspector general de Sanidad.—(*Gaceta* 26 de enero.

### Ministerio de Instrucción Pública

Ilmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer el nombramiento del siguiente Tribunal para juzgar las oposiciones a la cátedra «Cursos de las enfermedades de la infancia y su clínica», vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad Central:

# 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.



Presidente: D. Leonardo de la Peña, consejero de Instrucción pública.

Vocales: D. Patricio Borobio y Díaz, catedrático de la Universidad, de Zaragoza; D. José Pareja Yébenes, catedrático de la de Granada; D. Hipólito Rodríguez Pinilla y D. Manuel Márquez, de la Universidad Central; designados por la Facultad de Medicina de ésta, en cumplimiento de lo dispuesto en la Real orden de 16 de enero último.

Suplentes: D. Ramón Gómez Ferrer, catedrático de la Universidad de Valencia; D. Enrique Nogueiras Coronas, de la de Salamanca, y D. Arturo Redondo y Carrancejo, de la Universidad Central; designados también por ésta de conformidad con la disposición que se cita.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 27 de diciembre de 1920.—*Portago*.

Señor subsecretario de este ministerio.—(*Gaceta* 2 enero).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 14 del Reglamento de 8 de abril de 1919.

Esta subsecretaría hace público lo siguiente:

1.º Que el Tribunal de oposiciones a la cátedra de «Curso de las enfermedades de la infancia», vacante en la Universidad Central, fué nombrado por Real orden de 27 de diciembre de 1920, publicada en la *Gaceta de Madrid* correspondiente al día 2 del actual.

2.º Que dentro del plazo señalado en la convocatoria han presentado sus solicitudes y reúnen las condiciones legales los aspirantes que a continuación se expresan:

D. Eduardo García del Real y Alvarez Mijares.

D. Enrique Suñer Ordoñez.

D. Juan Casasayas Cucurella.

D. Juan Bravo Frías.

3.º Que queda excluido de estas oposiciones don Enrique Nogueiras y Corona, a tenor de lo que preceptúa la Real orden de 7 de noviembre de 1919.

4.º Que durante los diez días siguientes al de la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid* se podrán formular las reclamaciones a que se refieren los artículos 14 y 15 del expresado Reglamento.

Madrid, 24 de enero de 1921.—El subsecretario, *Peña Ramiro*.—(*Gaceta* 27 enero).

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,8; ídem mínima, 699,4; temperatura máxima, 12º1; ídem mínima, 0º9; vientos predominantes, OSO. S. O.

Continúa en los mismos términos que consignábamos en nuestro estado anterior la salud pública en

Madrid: acrecentamiento numérico de las afecciones catarrales de los órganos respiratorios; disminución de las infecciones de localización gastrointestinal; ausencia de estados epidémicos, fuera de las influencias estacionales; sostenimiento de la mortalidad en moderados límites.

En la infancia tampoco se registran influencias epidémicas dignas de mención.

## Crónicas

**El conflicto del Hospital civil de Bilbao.**—En la sesión celebrada el día 4 del actual por el Ayuntamiento de Bilbao se acordó la designación del alcalde para que intervenga como árbitro en la cuestión pendiente entre los médicos y alumnos del Hospital civil.

**La Beneficencia en Barcelona.**—Han sido repartidas por el Comité de la obra social y benéfica de Barcelona 383.000 pesetas entre los establecimientos benéficos.

Dicha cantidad forma parte de la subvención correspondiente al mes de enero.

**Un juez se opone a que sea clausurada una farmacia que funciona ilegalmente.**—Leemos en *La Voz*: «Jaén 1.º Por orden gubernativa, el inspector provincial de Sanidad, D. Celestino Martín Armenta, se presentó en Torredelcampo para clausurar una farmacia que funcionaba sin tener al frente de ella personal con título facultativo. El juez municipal se opuso a esta diligencia y pretendió detener al inspector de Sanidad.

El gobernador civil envió al jefe de Policía para apoyar las determinaciones del jefe de Sanidad, que pudo regresar a la capital.

Se supone que el gobernador exigirá responsabilidades al juez municipal.»

**La campaña sanitaria en Valladolid.**—Aunque no ha vuelto a registrarse ningún nuevo caso de viruela, la campaña sanitaria continúa muy activa.

En los mercados que aquí se celebran no son admitidos los que no presentan certificado de vacunación.

**Un concurso.**—Se saca a concurso la plaza de médico de La Mutualidad Obrera de Bierzo, con la asignación mensual de 400 pesetas.

Las solicitudes deben dirigirse a Valentín F. Alvarez, antes del día 20 del actual a la siguiente dirección: La Ceana, Villager (León).

**Declaración oficial de la rabia.**—Como consecuencia del alarmante número de casos de rabia que se registran en Vizcaya y en Mallorca, ha sido declarada oficialmente su existencia en las mencionadas regiones, dictándose al efecto las órdenes encaminadas para evitar su propagación.

**La Junta de asociados del Ayuntamiento rechaza la creación de un cuerpo de comadronas.**—El día 29 del pasado enero se celebró en el Ayuntamiento Junta de vocales asociados.

El asunto que mereció mayor discusión fué un acuerdo municipal disponiendo la consignación de 30.000 pesetas para dotar veinte plazas de comadronas de Beneficencia.

Fué combatido el acuerdo por los señores Serrano Jover, Hernando y Eduardo Alvarez y defendido por los señores Marcos, Cortés Múnera y García Revenga.

En votación nominal fué rechazado el acuerdo por 21 votos contra 12.

**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

Ayuntamiento de Madrid



**De Sanidad militar y de la Armada.**—Recientemente se han firmado los siguientes decretos:

Concediendo la gran cruz de la Real y militar orden de San Hermenegildo al inspector médico de segunda clase don Juan Valdivia Sisay y al inspector de Sanidad de la Armada don Enrique Navarro y Ortiz;

Promoviendo al empleo de inspector del Cuerpo de Sanidad de la Armada al subinspector de primera clase del expresado Cuerpo don Tomás Guiralte y Rugama;

Nombrando jefe del Cuerpo de Sanidad de la Armada y de los Servicios sanitarios del Departamento marítimo de Cadiz al inspector del expresado Cuerpo don Tomás Guiralte y Rugama;

Concediendo la gran cruz de la Orden del Mérito Naval al inspector del Cuerpo de Sanidad de la Armada don Enrique Navarro Ortiz;

Admitiendo la dimisión del cargo de inspector de Sanidad militar de la 8.<sup>a</sup> Región al inspector médico de segunda clase don José Salvat y Martí.

**Real Academia de Medicina de Murcia.**—En cumplimiento de lo prevenido en el capítulo 4.<sup>o</sup> de los Estatutos para las Academias de Medicina de distrito, ha procedido esta Corporación a la elección de los cargos académicos para el bienio de 1921 y 1922 en la forma expresada a continuación:

Presidente: Dr. D. Claudio Hernández Ros; vicepresidente, Dr. D. Emilo Sánchez García; secretario perpetuo, Dr. D. Laureano Albadalejo; vice-secretario, D. Francisco Ayuso Andreu (reelegido); tesorero, D. Luis Gómez García; y bibliotecario, Dr. D. Enrique Gelabert Aroca.

**Cátedra vacante.**—Se halla vacante en la Universidad de Santiago la cátedra de Mineralogía y Botánica, que ha de proveerse por concurso previo de traslado, conforme a lo dispuesto en el Real decreto de 30 de abril de 1915 y Real orden de esta fecha.

Pueden optar a la traslación los catedráticos numerarios del mismo grado de enseñanza que en propiedad desempeñan o hayan desempeñado cátedra igual a la vacante o de indudable analogía por tratarse de la misma materia docente.

Los aspirantes elevarán sus solicitudes, acompañadas de la hoja de servicios al Ministerio de Instrucción pública, por conducto y con informe del Jefe del Establecimiento donde sirven, precisamente dentro del plazo improrrogable de veinte días, a contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Este anuncio se publicará en los *Boletines Oficiales* de las provincias y por medio de edictos en todos los Establecimientos públicos de enseñanza de la Nación; lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan que así se verifique desde luego, sin más aviso que el presente.—(*Gaceta* de 5 de febrero).

**CURAMOS CON ELECTRICIDAD, RAYOS X Y RADIUM,** en sus diferentes formas, variedades y aplicaciones médicas, cáncer, lupus, bocios, tumores graves, reumatismo, gota, artritis deformantes, parálisis, neuralgias, neuritis y mielitis, dispepsias neuromotrices, colitis mucomembranosa, graves afecciones de la piel o cuero cabelludo, cicatrices deformes y enfermedades crónicas, imposible mejorarlas con ningún otro medio. Instituto Radiumterápico, Princesa, 58.

**La encefalitis letárgica en Inglaterra.**—Comunican de Londres que la epidemia de encefalitis letárgica, que hace poco tiempo ha comenzado a manifestarse en Inglaterra, toma proporciones alarmante. Solamente en Lon-

dres se declararon a las autoridades 21 casos en la semana que terminó el 22 de enero. Por otra parte se anuncia la aparición de la enfermedad en otros puntos.

**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. *Unico* preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y académico, Atocha; 35, Tel. M. 33, Madrid, farmacia y laboratorio de análisis del doctor Giral.



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, *tifus* 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, catarrros 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

## PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por

JOSÉ ROBERT Y SOLER  
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO

FARMACIA ROBERT · Laura 74  
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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