

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 BIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	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 Princesa.	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.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO GANOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO 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 BANUS 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: Retinitis nefrítica atípica, por el Dr. D. Manuel Marín Amat.— Estudio anatómico patológico del cáncer cutáneo, por el Dr. José Luis Carrera.— Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, por el Dr. Ramón Villegas.— Bibliografía, por Antonio Fernández Martín.— Periódicos médicos.— Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.— La Directiva del Sindicato de Farmacéuticos de Barcelona a la cárcel.— Sociedad Oftalmológica de Madrid.— Sociedad Española de especialistas del pecho.— Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.— Ministerio de Instrucción Pública.— Ministerio de Hacienda.— Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.— Crónicas.— Vacantes.— Correspondencia.— Anuncios.

Retinitis nefrítica atípica

POR EL

DR. D. MANUEL MARIN AMAT

Oculista del Hospital provincial de Almería :

Los trastornos visuales en el curso de las afecciones del riñón son conocidos desde Bright, y han sido motivo de un sin número de publicaciones, cuya sola enumeración ocuparía muchas páginas; sin embargo, es una cuestión que aún está en estudio y de la que todavía no se ha dicho la última palabra. Y es que, aparte de los intrincados problemas que encierran la patogenia, la anatomía patológica, el pronóstico y el tratamiento de los mismos, la sintomatología presenta múltiples variedades, hasta el punto de que en ocasiones dificultan o equivocan el diagnóstico, siendo indispensable completarlo con todos los datos extraoculares que es posible recoger.

Las formas completas, por otra parte las más numerosas, de la hasta aquí llamada retinitis albuminúrica, y que hoy se designa con el calificativo de *degeneración nefrítica de la retina*, constituyen un complejo sintomático muy variado y expresivo, tal es: la bilateralidad de la afección; la constancia de trastornos sub-

jetivos (de agudeza y de campo visual, de sentido cromático y luminoso); la presencia de lesiones oftalmoscópicas diversas (edema, placas blancas y hemorragias) y la frecuencia de algunas complicaciones (desprendimiento de la retina, atrofia coroidea y óptica, glaucoma, catarata, iritis, etc.). Mas algunas veces el cuadro oftalmoscópico no es tan completo, y según la preponderancia de una o de varias de las tres clases de lesiones; así los tratados clásicos han descrito tres formas: una caracterizada por edema y congestión de la papila, sin hemorragias, ni placas blancas en la retina; otra, en la que existen hemorragias retinianas, sin manchas blancas, y una tercera en la que se encuentran hemorragias y placas blancas, sin edema.

Pues bien, aún se presentan en la clínica formas con lesiones oftalmoscópicas todavía menos numerosas y marcadas, y así se han descrito, focos circunscritos de corio-retinitis o de desprendimiento de la retina, cuerpos flotantes en el vítreo, endo-vasculitis retiniana, etcétera, etc.; variedades verdaderamente *frustradas* o *atípicas*, que no debemos desconocer. A una de estas raras modalidades pertenece la siguiente observación, en la que como única lesión existía un desprendimiento circunscrito de la retina por infiltración serosa de sus capas más externas, siendo, además, monolateral la afección.

OBSEVACION.—E. L., señora de cuarenta y de

años, casada y natural de Alhama, se presentó a consultarnos el día 5 de noviembre de 1916.

Mujer fuerte, de buena constitución, casada actualmente en segundas nupcias, no ha estado nunca enferma, habiendo sufrido únicamente un ligero edema de los miembros inferiores durante un único embarazo que tuvo en su primer matrimonio y que desapareció con el parto.

La enfermedad actual data de tres días. De pronto observó que no veía la mitad inferior de los objetos, y alarmada, consultó a su médico, persona competente, que creyendo con buen sentido se trataría de un desprendimiento de la retina, nos la envió para nuestro examen y tratamiento.

Reconocida, observamos ojo derecho completamente normal, ojo izquierdo con la siguiente sintomatología: visión por la parte superior del campo visual = 1; tensión normal, pupila reaccionando perfectamente a la acción de la luz, de la acomodación, de la convergencia y a la iluminación del congénere, refracción normal y medios oculares perfectamente transparentes.

Por oftalmoscopia encontramos una sola y única lesión en la retina de dicho ojo, consistente en una infiltración con aumento de volumen de esta membrana en el segmento inferoexterno (imagen invertida), que comenzaba en la periferia de la misma papila y se extendía en sentido radial hasta un poco más de dos diámetros papilares, y transversalmente ocupaba todo el cuadrante superoexterno y gran parte del superior, representando una faja peripapilar de forma arriñonada. Los contornos son netos, precisos y uno de ellos muy marcado, por limitarlo en toda su longitud un vaso retiniano. La coloración de la retina a este nivel es blanco grisácea y de aspecto mate. Los vasos retinianos que caminan sobre esta porción de la retina son perfectamente visibles en todo su trayecto y siguen un curso tortuoso, con ganchos muy marcados, en un todo semejantes a los del desprendimiento típico de la retina. En todo el resto del fondo del ojo no comprobamos (ni en el derecho tampoco) ninguna otra lesión, siquiera fuera insignificante, después de un examen completísimo y detenido, previa dilatación atropínica de la papila.

El sentido cromático es normal en el ojo sano y ligeramente alterada la percepción del azul en el enfermo. El campo visual de este último ojo está reducido concéntricamente, presentando además un escotoma perimacular en forma de media luna irregular, cuya anchura máxima corresponde al meridiano de 135° , donde alcanza 20° (véase fig. 1.^a). La paciente no acusa dolor, ni deslumbramiento, ni fotofobia en su ojo enfermo.

DIAGNOSTICO.—Con estos datos no tuvimos inconveniente de formular nuestra impresión de tratarse de un desprendimiento retiniano en evolución, y en el cual la retina no estaba despegada por completo de la coroides, no desplazándose por este motivo con los movimientos oculares; siendo, en cambio, característicos la limitación, la coloración, la dirección de los vasos, el escotoma y el comienzo de la afección.

Ahora bien, ¿qué apellido poner a este desprendimiento? La no existencia de miopía, la carencia de traumatismo anterior y la falta de doble vascularización o de coloración oscura debajo del mismo, desechan asignaciones de miópico, traumático y sintomático de tumor de la coroides, respectivamente, quedándonos únicamente y por exclusión con el calificativo de idiopático. Además, la localización peripapilar no es la corriente en el desprendimiento idiopático de la retina, que prefiere las zonas más anteriores, superoexterna de ordinario; pero es con dicha afección con la que presenta mayor parecido, por lo que la incluimos en la misma.

¿Y con qué otras lesiones pudiera confundirse por su aspecto oftalmoscópico? Solamente en dos había que pensar al hacer el diagnóstico diferencial: con la embolia de una de las ramas de la arteria central de la retina y con las retinitis exudativas, especialmente con la albuminúrica, y efectivamente, se nos ocurrió establecer las diferencias.

Con la embolia de una de las ramas de la arteria central de la retina existía de común el comienzo brusco; pero el exudado retiniano, con su aspecto y limitación

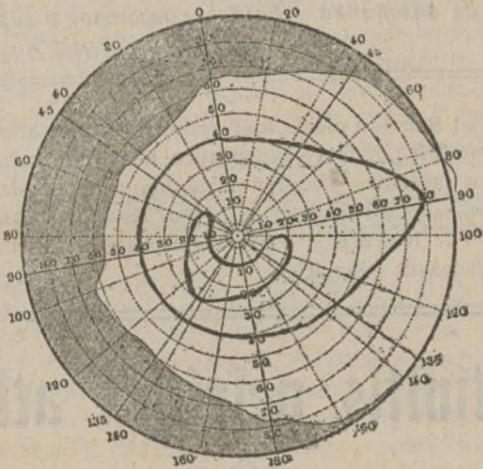


Fig. 1.

característicos, en dirección paralela a los vasos, la estrechez de la luz arterial, el signo llamado de cereza macular y el escotoma en cuadrante más o menos perfecto, faltaban en este caso. Tampoco existían lesiones cardíacas, ni vasculares marcadas.

Con la retinitis albuminúrica clásica la diferencia oftalmoscópica no era aún menor. Faltaban las lesiones vasculares (dilatación, hemorragias) y la típica estrella macular; aparte de que los caracteres de la lesión presentada (contornos precisos y vasos ondulados y visibles en todo su trayecto) no recordaban, ni remotamente, a las placas blancas retinianas, por lo que omitimos el reconocimiento de la orina.

TRATAMIENTO.—De acuerdo con nuestro diagnóstico, le dispusimos un plan a base de reposo físico, y al día siguiente le pusimos una inyección subconjuntival de un centímetro cúbico de una solución de cloruro de sodio al 10 por 100.

A las veinticuatro horas levantamos el apósito, y grande fué nuestra sorpresa al observar que la visión, lejos de aumentar, se había empeorado. La oftalmoscopia nos demostró que la lesión primitiva se había ex-

tendido considerablemente, apareciendo con límites poco precisos y algunas arterias retinianas estaban ocultas en gran parte de su trayecto por un exudado blanquecino; habiéndose transformado lo que parecía desprendimiento de la retina en una característica placa blanca de retinitis albuminúrica. Investigada la orina, encontramos un gramo de albúmina por litro.

En el acto (10 de noviembre de 1916) ponemos a dieta láctea absoluta a la paciente, cesando en el tratamiento anterior.

Día 11 de noviembre.—La cantidad de orina eliminada en las veinticuatro horas ha sido de 1.400 centímetros cúbicos; la visión y las lesiones retinianas han mejorado sensiblemente: la zona de infiltración está más limitada y aparece con menos uniformidad, como disgregada en algunos sitios (en vías de reabsorción), lo que le da el aspecto de copos blancos, apareciendo también más limpios los contornos vasculares.

Día 12 de noviembre.—El escotoma apenas si es percibido por la paciente, tan tenue y reducido se encuentra. Con el oftalmoscopio sólo se observa un pequeño y ligero exudado en la parte supero-interna de la papila, alrededor del origen de la rama correspondiente de la arteria central de la retina, precisamente en el sitio donde lo observamos consecutivamente a la inyección de cloruro de sodio. Con el perimetro de Foester comprobamos la gran reducción del escotoma, cuya anchura máxima corresponde a 5° (véase la figura 2.^a), en vez de 20° que presentaba en la primera observación.

A los pocos días desaparecieron este pequeño escotoma y las lesiones retinianas, dando de alta a la pa-

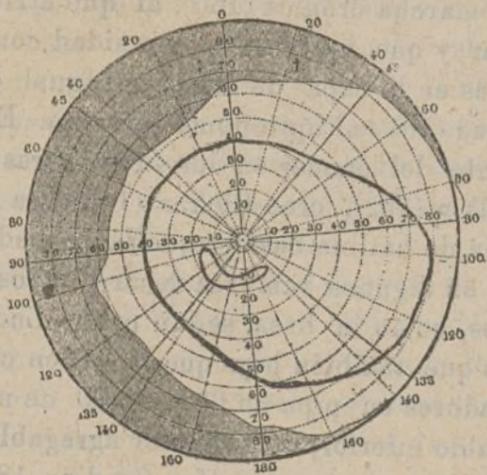


Fig. 2.^a

ciente por curación, si bien prescribiéndole un plan especial en consonancia con su afección general.

A dos grandes consideraciones clínicas se presta esta observación. Es la una referente a la extraordinaria importancia que en las afecciones de las membranas profundas del ojo tienen los reconocimientos clínicos complementarios (de la sangre, orina, corazón, etcétera), de los que jamás debe prescindirse, por el doble motivo de seguir los consejos de la ciencia y de evitar errores de tratamiento, los cuales deben efectuarse de un modo sistemático, a pesar de que en ocasiones parezcan innecesarios. De haberlo hecho así, hubiéramos realizado un diagnóstico etiológico, que es

el verdaderamente científico y al que debemos siempre aspirar. La patología ocular interna rara vez es idiopática; de ordinario se trata de manifestaciones locales dependientes de una alteración general, y como suele ocurrir que causas distintas ocasionen lesiones anatomopatológicas idénticas o parecidas, se comprenderá sin esfuerzo la trascendencia que en el terreno práctico tienen dichos exámenes complementarios.

La otra consideración no es de menor interés científico: es la antítesis de la anterior. Aquella aconseja cierta esclavitud a las exigencias de la ciencia; en buena patología ocular jamás debe prescindirse de las referidas exploraciones, que frecuentemente aclaran y completan los diagnósticos y siempre nos indican el coeficiente vital del paciente. Esta, por el contrario, nos enseña que en todo lo concerniente a interpretación de los fenómenos es, necesaria la más amplia libertad en el pensar, sin dejarse influir por las limitadas descripciones de la patología, forzosamente impuestas por necesidades didácticas y de adquisición de los conocimientos humanos. Este caso es uno más que viene a demostrarlo. Sabidas son las lesiones de la degeneración nefrítica de la retina: presencia de edema entre la coroides y la retina, que produce un ligero despegamiento de esta última, más acentuado en la zona peripapilar; hemorragias y placas blancas, en cuya composición entran albúmina, fibrina, grasa, lípidos y colessterina; en ella, el desprendimiento de la retina con la coroides pasa, de ordinario, a un segundo lugar; las otras lesiones son de más importancia y casi la enmascaran. Pues bien, en esta observación lo secundario ha pasado, no sólo a principal, sino a existir como lesión única, separándose considerablemente de lo que constituye la regla, asemejándose más a otra afección completamente diferente (desprendimiento típico de la retina) que a la suya propia (degeneración nefrítica de la retina).

Y es que en el orden cronológico debe hacer su presentación, primero, el exudado coroideo productor del despegamiento de la retina, el que en ocasiones llega a hacerse verdadero desprendimiento como en esta observación; apareciendo después las placas blancas y las hemorragias cuando la afección se ha prolongado o agravado como en este caso, en el que una inyección subconjuntival, conteniendo un gramo de cloruro de sodio, agravó la permeabilidad renal y consecutivamente la lesión ocular; y, por el contrario, en los casos agudos con tendencia a la curación, el edema subretiniano se reabsorbe y se obtiene la integridad anatómica y funcional, sin haber llegado a la aparición de lesiones más abundantes y aparentes que atraen más la atención en el examen oftalmoscópico, y que no son, en suma, otra cosa que la atrofia y degeneración de las distintas capas de la retina como consecuencia de la falta de nutrición o de nutrición pervertida que le proporciona la coroides, de cuyo riego sanguíneo depende el de las capas más externas de la membrana nerviosa. No es, pues, en suma, esta observación, a juzgar por lo que antecede, sino o el primer

estadio de una degeneración néfrica de la retina, o una *retinitis nefrítica frustrada*, quizás como tantas otras, que no lleguen a nuestra observación en este período por pasar desapercibidas para los pacientes, o por obtenerse la curación por reabsorción del edema, antes de que por trastorno mecánico o tóxico del líquido subretiniano aparezcan las restantes y más expresivas lesiones.

Y, por último, un razonamiento nos sugiere lo referente a la supervivencia de los individuos afectados de degeneración nefrítica de la retina. En las descripciones se asigna un pronóstico muy grave a la consecutiva a las nefritis crónicas de dos a cuatro años de vida, a contar desde la aparición de los síntomas retinianos, siendo más benigno el pronóstico para las dependientes del embarazo y de la escarlatina, que caben mejor dentro de las nefritis de marcha aguda. En nuestra observación la salud se ha conservado y se conserva actualmente de apariencia normal, a pesar del tiempo transcurrido, y tampoco se ha presentado ninguna otra manifestación ocular, lo que indica que el *despegamiento* limitado de la retina en este caso, o coincidió con una ligera agravación de una enfermedad de Bright de evolución muy lenta, o era sólo la manifestación de una recidiva de la ligera nefritis que padeció en su único embarazo, de hace muchos años y que curó totalmente, como es probable que haya curado también en la época en que fué tratada por nosotros. Esta interesante cuestión resultaría aclarada si nos fuera factible poder efectuar los reconocimientos *a posteriori*, que son necesarios en el terreno científico.

Junio de 1920.

Estudio anatómico patológico del cáncer cutáneo ⁽¹⁾

POR EL

DOCTOR JOSÉ LUIS CARRERA

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

—O—

A veces alterna la keratohialina sin transformar con capas corneas y en ocasiones la basal tiene carácter germinal, cosa que, por otra parte, se halla con frecuencia en el cáncer de tipo escamoso, que posiblemente derivaría de elementos basales, adultos o embrionarios. Hoy es por todos admitida, no obstante los pareceres de Waldeyer (145), Reinke (146), Zander (147) y Zabludowshy (148), la keratinización del espongioplasma celular, expuesta por Cajal (149) y confirmada por Unna (150), pues al determinarse la parakeratosis, el núcleo puede conservar íntegras sus afinidades y no el protoplasma que se hialiniza; en cuanto a la keratohialina, su existencia en células con núcleo arrugado y protoplasma indemne y el teñirse por colorantes nucleares con tendencia basófila, nos inducen a considerarlos como derivados degenerativos del núcleo.

(1) Véase el número anterior.

El pigmento está aumentado en la basal y, en algunos casos, en las capas inferiores de Malpigio en la piel precancerosa y en la proximidad de las neoplasias, sobre todo si ha sido grande la acción actínica y probablemente es producción nuclear (151).

El estudio de los anexos es interesante y Adami (152) piensa que la degeneración y reversión de los elementos glandulares en la vejez, sería el comienzo del epiteloma, permitiendo la proliferación anormal, el adoptar las células diferenciadas, estructuras más sencillas.

Es sorprendente la coincidencia de un gran número de neoplasmas, especialmente de labio, con piel de aspecto seborreico (en nuestra estadística, con tal localización, se aproxima a un 70 por 100); el collar hiperkeratósico del folículo piloso es muy evidente y ya Unna (153) y Civatte (154), dieron a conocer su constancia en la seborrea; hay atrofia o hipertrofia del folículo, que puede ser considerable e hipertrofia e hiperplasia de las sebáceas, habiendo llamado estos cambios la atención de Audry (155) y Montgomery (156); la infiltración perivascular es variable y los elementos plasmáticos escasos, conforme encontró Fick (157). A menudo se dan en las sudoriparas modificaciones análogas a las que tienen por asiento las glándulas sebáceas (lo que para Heimann (158) tendría significación seborreica), creyendo Ritman (159) que de aquéllas partirían muchos de los cilindromas (término no bien definido); a juicio de este autor, el verdadero epiteloma glandular es benigno; a nosotros no se nos alcanza, cómo dilucidar si el neoplasma procede de un epitelio glandular o no, más que ateniéndonos a su proximidad a los anexos. Cajal cita un caso de marcha crónica (160), al que atribuye origen glandular y que no tenía continuidad con los nidos epiteliales en la capa de Malpigio; igual origen asigna Landau (161) al epiteloma calcáreo. En cuanto al nacimiento del cáncer en las sudoriparas de que habló Walker (162), cree Ricker (163) sea debido a la presencia de hialina basal; aquella procedencia es indudable en algunos tumores desarrollados por ciertos irritantes, como la brea, según probó Ludwick (164). Claro es que también hay que tener en cuenta el de ser fumadores en pipa un 65 por 100 de nuestros casos de labio inferior, como factor agregable a la seborrea, que como ya apuntó Handford en 1888 (165), es terreno propicio; esta variedad engendrada en glándulas y folículos hiperkeratósicos, es siempre escamosa y aunque Hedinger (166) describe un tipo benigno nacido en las sebáceas, es lo cierto que todos los vistos por nosotros son invasores, partiendo a menudo del cuello de la glándula; después, en el período de desarrollo neoplásico, puede observarse con frecuencia atrofia de las sebáceas.

Para Fordyce (167), Fox (168), Langster (169) y Morrow (170), los folículos serían en el labio superior, preferente punto de partida del epiteloma, conduciendo, según Mallory (171 y 172), la matriz del pelo a cambios proliferativos primarios; Reynolds (173) llama a los cánceres originados en el folículo piloso,

benignos, lo que no nos explicamos, a menos de admitir sea alguno de característica basal, como acepta Krompecher (174); acaso este parecer pudiera también adoptarse para algún basal, procedente de las sebáceas, pues tal vez quedarán como *aulagen-regenerator*—dado el proceso formativo y de evolución de aquéllos—ciertos restos embrionarios, que determinarían el comienzo; hemos observado que los cánceres escamosos de focos múltiples, por lo general, nacen en folículos y glándulas, siendo, en cambio, a menudo unicéntricos los partidos del cuerpo de Malpigio; el tipo basal pudiera originarse de la hoja externa de la matriz del pelo, pero Borrmann (175) no da su conformidad al juicio de Krompecher. Los trabajos experimentales de Jamagiwa (176) y el verdadero tricoepitelioma de Jarisch (177), han resuelto, definitivamente, el problema, confirmando la tesis sostenida por Fordyce; los estudios de Hartzell (178), Fischer (179) y sobre todo Jamagiwa, demuestran que las estructuras que preceden al tricoepitelioma, son análogas a las de la piel próxima a la neoplasia; hipertrofia de los folículos con proliferación epitelial, mitosis en la basal, cuyos límites se hacen irregulares, eosinófilos y plasmazellen, hiperkeratosis, degeneración mucosa del conectivo y edema; Kyrle y Warner (180) asignan carácter poco invasor al cáncer nacido en los folículos, punto discutible, que creemos se debe, a que se observa en estadios tempranos, desde el momento que con tal precisión puede investigarse su origen, pero, en cambio, en evolución más avanzada, se achaca al cuerpo de Malpigio y se considera invasor, dado el gran número de ramificaciones del tipo escamoso; sin embargo, tenemos una observación de esta clase constituida por células análogas a las de la capa de encima de la basal, sin tendencia a formar globos córneos, ni en apariencia a extenderse; en algún caso hemos visto, que justamente en el apex de la papila comienza a formarse un nódulo canceroso.

Wolbach (181) puso en el corion, el centro de los cambios determinados en el cáncer de los rayos X; rarefacción del dermis, favorecida por la cual y en el sentido de menor resistencia, se hace la prolongación de clavos interpapilares y sesiles. La extraordinaria neoformación de conectivo en alguna preparación de cáncer escamoso y la constancia de este hecho en el basal y sobre todo en el *ulcus rodens*, muestran claramente su carácter de barrera defensiva; para Kromayer, la estructura de este conectivo determina la morfología del tumor y, según Ribbert (182), en el mismo tejido se inician las perturbaciones desapareciendo colágena y elástica, e infiltrándose con disminución de la resistencia ofrecida.

En el tipo escamoso de comienzo malpigiiano, siempre existe aplanamiento papilar en principio, ensanchándose los clavos intermedios; semejante fenómeno también puede observarse en el basal y en la eliminación de la papila; creen White (183) y Romstree (184) es condición predisponente a la neoplasia, lo que no nos parece tan evidente cuando el foco original del

epitelioma radique en un folículo o en una desembocadura glandular.

Arzt (185) demostró en el cáncer de piel, la transformación de la porción elástica en coloide, mutación asimismo estudiada por Engmann (186). Nosotros con el método de Warthin, de melaza de Nueva Orleans, hemos obtenido una larga serie de cortes, teñidos con el Weigert prolongado (sin contra-color en carmín a causa de la fijación formólica) y después de su examen, creemos aventurado asegurar la existencia de grandes cantidades de elacina en el neoplasma cutáneo; no aparece aquella entre los núcleos cancerosos, donde es raro el hallazgo de alguna fibra elástica suelta; en el tipo escamoso procedente de la capa malpigiiana, la elástica se acumula en espesos pelotones bien teñidos, perdiendo sus relaciones con la basal y la epidermis y dejando libre paso al avance neoplásico, pues no da consistencia al corion, al no presidir orden alguno a su aglomeración ni a la disposición de las fibras gruesas, cortas, aisladas y arrugadas que se encuentran debajo; asimismo aparece en escasa cantidad y como destruida la elástica en los centros inflamatorios, donde en ocasiones constituye una fina malla. En el cáncer abocando a perlas epiteliales, no hay elastina entre ellas y sólo se ve en algún caso formando un círculo en torno suyo, que va siendo desplazado por el crecimiento tumoral; en este tipo es, a veces, abundante la elastina en los sitios apartados de los focos neoplásicos y alrededor de las glándulas sebáceas y folículos pilosos, para irse reduciendo a alguna fibra suelta con la progresión cancerosa; pero lo sorprendente es que debajo de la red, la elastina ha desaparecido totalmente y esto acaso sea importante para explicar el desarrollo tumoral, facilitado, al faltar la resistencia que el corión normal opone.

Subsiste la elástica debajo de la basal en el cáncer de este nombre y son abundantes las fibras de elacina, siempre agrupadas en pelotones perineoplásicos; en los vasos, la elástica está arrugada, desigual, alguna vez rota, siempre disminuida. En la papila no invadida se ven a menudo fibrillas típicamente dispuestas, lo mismo que en la capa subpapilar, rarificándose a medida que se profundiza y siendo ocasional su existencia en el pániculo adiposo.

En el basal definido, el reparto es, por tanto: carencia de elastina en las capas superficiales del corion, existiendo en la media y profunda y separando la colágena, la elástica de la epidermis; en las capas coriales medias, desaparece la elástica de los vasos sanguíneos que forman el centro de las áreas celulares, conservándose en alguna extensión de las profundas, si los vasos y sudoríparas no se obliteran totalmente por el proceso; focos de elacina en haces hinchados, se extienden entre los pelotones cancerosos sin llegar a las capas superiores, donde aún existe elástica, ni rodear glándulas y folículos.

Ofrece especial interés el estudio del sistema vascular en el cáncer cutáneo; para Wyss (186) pudiera ser la proliferación endotelial y, a veces, la obliteración

del vaso, el punto de partida del carcinoma; en nuestras preparaciones, pueden verse en regiones próximas a la zona neoplásica, alteraciones de carácter escleroso, con el lumen o bien disminuido, o bien congestionado y con dilatación (sobre todo en ciertos escamosos), neoformación perivascular, con abundantes *plastmazellen* y *cariorexix* endotelial no constante; los vasos ahogados por el crecimiento tumoral, unas veces son invadidos, pero otras se resisten y el proceso se limita al colapso de sus paredes.

Wyss atribuye al riego deficiente de los elementos epiteliales el origen del neoplasma y Lindehorn (187) piensa que la alteración primordial residiría en los vasos, siendo diametralmente opuesta la opinión de Pels Lens, Schurmann (188) y Colnen (189), que creen en la absoluta normalidad vascular; en realidad, nuestras observaciones proporcionan confirmación a ambas hipótesis y aún hemos encontrado una notable estructura en un vaso con lumen completo y paredes íntegras, que aparece repleto de células basales aplanadas; ¿se trata de una proliferación endotelial o es que el vaso fué invadido por otro lugar? Nosotros nos decidimos por la primera solución, al ver persistiendo la disposición en numerosos cortes que hicimos en el *block* y, por tanto, el endotelio vascular, puede engendrar un tipo celular recordando al basal (190). En las neoplasias escamosas, es a menudo completa la integridad vascular y en las muy infiltradas llega a ser intensísima la congestión, conservando, sin embargo, las paredes su estructura; la dilatación de los vasos superficiales, señalada por Romstree, dista de ofrecer la constancia que dicho autor supone.

Warner (191) en su estudio—el más completo que hemos revisado sobre la materia—todavía no precisa lo bastante. En el tipo basal, encontramos siempre alteraciones vasculares y acaso en su génesis desempeñe este factor un papel importante, dada su frecuente evolución en regiones poco vascularizadas. Es indudable un influjo grande de la arterioesclerosis en la formación del *ulcus rodens*, no ocurriendo lo mismo con la variedad escamosa; en los ocasionados por los rayos X (192), en los desarrollados sobre *lupus* (un caso nuestro) hay obliteración de los vasos subepiteliales, pero en otros muchos son normales y Loeb (193) no se explica como la fibrosis puede abocar a la producción de epitelomas, cuando, por el contrario, debiera constituir una barrera opuesta al crecimiento tumoral. Tampoco estamos conformes con la constante endoarteritis admitida por Theilhaber (194), a menos que él se refiera a los vasos ya totalmente englobados en la tumoración. La estadística de Warner ofrece un 57 por 100 de alteraciones vasculares; nosotros hallamos 71 sobre 100 cánceres escamosos y la totalidad en diez basales, tomando unos y otros al azar y sin cuidarnos de su localización.

La propagación del epiteloma por las vías linfáticas es evidente, y los llamados tipos endotéllicos de estos vasos han sido estudiados por Mc. Kee y Fordyce (195); nosotros sólo hemos examinado un basal

desarrollado sobre un linfangioma hipertrófico de análoga estructura al descrito por Johnston, con columnas de células grandes, redondas, de citoplasma granular y núcleo central; se precisa evitar la confusión con elementos de determinada morfología, relacionada con su disposición concéntrica.

Son altamente interesantes estas cuestiones de vascularización en el carcinoma para evitar las biopsias parciales, que, dejando abiertas bocas vasculares, pueden ocasionar metástasis, como razonadamente exponen Hazen (196) y Ravogli (197).

Desde los estudios de Ribbert son bien conocidos como poderosas defensas orgánicas lo mismo el aflujo leucocitario que la reacción inflamatoria que en el corion y aun en la epidermis tienen lugar. Esta acción leucocitaria puede determinar para Pianese (198) la regresión tumoral, por destrucción de la lecitina de la nueva célula por el colesterol del glóbulo blanco, aunque esto no está muy de acuerdo con el aumento de colesterol comprobado por Walker (199) y Ludin (200) en los cancerosos y por Hofbauer (201) y Roberts (201) en la grasa de los viejos, al punto de ser considerada condición predisponente al epiteloma; las últimas investigaciones de Fano, Murphy y Loeb (202-207) asignan al glóbulo blanco, y sobre todo al linfocito, un papel primordial en la defensa contra el cáncer, tanto experimental como espontáneo, que nosotros hemos comprobado en el último, encontrando siempre un acúmulo leucocitario perineoplásico. En el tipo pavimentoso el linfocito, por movimientos amiboides, avanza entre los elementos neoformados para llegar a los más superficiales de la capa malpighiana, y allí labran grandes cavidades, en que existen marcadas destrucciones de células cancerosas, cuyos restos aparecen mezclados con los leucocitos, algunos de los cuales se ven en *cariorexix* como resultado de la lucha; su penetración se verifica en general por los clavos interpapilares cuando éstos se señalan en la proliferación epitelial. En el aflujo desempeñan (con especialidad en el cáncer escamoso) una acción de interés, las células con granos eosinófilos, en ocasiones de tipo leucocitario puro; pero en otras, de tipo plasmático y oxifilas. En la neoplasia escamosa hay una variedad de intenso avance con enorme infiltración; otra, también de rápido avance, con tempranas metástasis, sin infiltración, y una tercera, de crecimiento lento e infiltrado mediano; todas ellas de origen malpighiano, pues las de procedencia anexial llevan estos caracteres al máximo. La basal, y sobre todo la corial de Börmann, ofrecen ligera infiltración, a menos de presentar la frecuente infección secundaria, en cuyo caso la naturaleza es distinta; la reacción orgánica es menor y la barrera defensiva está constituida principalmente por el conectivo; de todos modos, en variable proporción, el aflujo leucocitario se encuentra en la totalidad de las observaciones; si sobreviene una infección, hallamos menos eosinófilos y abundantes linfocitos mononucleares, con algunos grandes polimorfonucleares, de citoplasma homogé-

neo, y que se tiñen muy bien con kresilvioleta y azul de metileno.

Mac Donagh (208) dice que entre inflamación y cáncer pueden seguirse los pasos como entre los eslabones de una cadena, afirmación sólo admisible en sentido cronológico. En los epitelomas de labio muy extendidos por la mucosa la infiltración es muy intensa, y en los cicatriciales es fácil verla propagarse por el tejido sano sin penetrar en el de cicatriz. Algunos campos microscópicos son muy característicos en la demostración de la reacción inflamatoria, e incluso se ven verdaderos elementos gigantes, que Lubarsch (209) califica de cuerpos extraños más frecuentes en los basales; tal reacción pudiera conducir a la inmunidad, como entrevió Cajal (210) e indican Goldmann (211) y Murphy (212). Entre los linfocitos son particularmente abundantes los de pequeño núcleo básico y citoplasma escaso, sin que deje de hallarse el tipo epitelioide de Maximow (213), que relacionan con las células redondas dicho autor y Faver (214), y Unna hace derivar del conectivo (215). Los mastzellen se aglomeran en los acúmulos leucocitarios, y aun emigran por los espacios interepiteliales; Maximow (216) cree que finalizan desintegrándose y serían un tipo degenerativo de las células sanguíneas, mientras que para Schridde (217) constituirían plasmazellen no bien definidas. Utilizando nosotros los colorantes de Unna y los métodos de Kromayer y Herxheimer al kresilvioleta, hemos visto unas mastzellen plasmáticas, con núcleo en radios de rueda, y otros típicos de doble tamaño que la célula redonda, de contorno irregular, núcleo pequeño y aplastado y citoplasma coloreado en parte en azul oscuro y en parte en rosa; en los últimos trabajos de Unna, que hemos recogido (218), da a las células cebadas una labor de oxidación; la existencia de numerosos elementos de este género en las urticarias los diferencia de los plasmáticos—que escasean—y hace sospechar obren neutralizando las toxinas en aquella afección cutánea.

La proporción de eosinófilos está muy relacionada con la localización y cronicidad lesional; así se encuentran en gran cantidad en el carcinoma del pene y en el de los fumadores, y no en el desarrollado sobre cicatrices (ocurriendo algo análogo con los elementos plasmáticos); aquellas células oxifilas, como las denominan Kanthack (219) y Hardy (220), tienen granos ásperos y su destino es problemático, siendo dudoso el papel secretor que las asignaron Hardy (221) y Wesbrock (222), y viéndose a menudo elementos de esta clase con dos núcleos; en realidad, cabe distinguir con Kanthack, no obstante la opinión contraria Ehrlich (223), el tipo plasmático, abundante en el cáncer cutáneo, del eosinófilo corriente dotado de amiboidismo. Arnold (224) les concede la propiedad de apoderarse de la hemoglobina, y Trybs (225) cree abundan en los procesos degenerativos, lo que pudiera aplicarse a los epitelomas cutáneos; en uno que hemos estudiado en su estado inicial acaso más de un tercio del infiltrado estuviera constituido por eosinó-

filos, siendo enorme el número de elementos endoteliales y pudiendo hacer creer en un granuloma, a no ser por el aspecto francamente epiteliomatoso. También se encuentran células redondas con un núcleo, que Virchow (226), Arnold (227) y Reinke (228) consideraron procedentes del conectivo, y Ziegler (229) derivados leucocitarios, inclinándose a la primera opinión, Unna (230) y Cajal (231), y existiendo la transición señalada por el histólogo español en los cianófilos y elementos del tejido de granulación, aunque extraña su acúmulo en torno de los vasos. Ewing (232) describe, además del proceso inflamatorio, formaciones defensivas que atribuye al tejido conjuntivo, engendrándose en los clasmatocitos de Ranvier (233).

Desde que Unna (234 a 236) dió a conocer las plasmazellen reina gran confusión y aún no se han puesto los autores de acuerdo para determinar su significación, aunque la coincidencia de estar relacionado su número con el de leucocitos más bien que con la intensidad del proceso regenerativo parece indicar, como pretende Lubarsch (237), un origen sanguíneo, contra lo que cree Unna (238) fundado en la carencia de actividad fagocítica y el adoptar formas alargadas fácilmente demostrables (es de recomendar el Delafield para los núcleos o la pironina). Según Marchand (239), serían células que aumentan de volumen por la acción de irritantes químicos o inflamatorios y se cargan de albuminoides; hipótesis que no juzgamos aceptable, pues hemos visto plasmazellen (no solamente en cáncer, sino también en lupus y blastomycosis) que forman elementos fusiformes perivasculares, distintos del fibroblasto, y otras, no tan bien diferenciadas, que parecen el tipo de paso al fibroblasto; también se ven muchas binucleadas que serán probablemente células en partición. Schridde (240) y Beckton (241) hablan de tres variedades de plasmazellen: neutrófilas, acidófilas y metacromáticas. Nosotros en el epiteloma cutáneo hemos observado la ordinaria de gran protoplasma y núcleo característico, la de granos ásperos protoplásmicos, coincidiendo con eosinófilos corrientes (siendo este carácter de la eosinofilia posiblemente accidental) y viéndose disminuir a unos y otros en cánceres avanzados, la de protoplasma disminuido y núcleo débilmente coloreado (¿linfocitario de Turck?), la alargada, pero diferenciable como tal plasmazelle, y finalmente, la que pudiéramos denominar fibroblástica, no bien definida, nunca oxifila, abundante en zonas de organización, y en especial en neoplasias de evolución lenta del tipo «prickle cell», corroborando tal variedad la importancia que les asigna Pryteck (242) en la reacción defensiva, aunque no con la regularidad de la organización que describe Darier; los elementos plasmáticos gigantes que hemos encontrado en sífilis y actinomycosis no se muestran en el neoplasma, donde tampoco hemos podido determinar el histioide de Unna que describe Martinotti (243); en cuanto al tipo de transición al fibroblasto (que pensamos es oval siempre) es pequeño, débilmente teñido, con núcleo redondo (recordando la célula epitelioide

de Lubarsch). Según Nicholson (244), el fibroblasto sería capaz de conducir a la osificación, lo que no era posible apreciar en uno de los casos estudiados por nosotros, que estaba calcificado en parte.

El estroma es fibroso y embrionario; pueden verse los fibroblastos, gran cantidad de «spindle cell» del conjuntivo y finas fibras colágenas, siendo escasas las elásticas que tienden a arrollarse; en ocasiones está perfectamente separado el cáncer del tejido envolvente, acaso por falta de la trama elástica que uniría el corion al epitelio; y, sin embargo, Cajal (245) opina que el epitelio induce a la constitución del estroma.

Evolución neoplásica.—En muchas ocasiones, en los epiteliomas de célula malpighiana parece provenir el desarrollo tumoral de los mamelones interpapilares; no así en los basales, donde no existen tales mamelones y juzgamos errónea la opinión de Darier, que halla a menudo continuidad de las masas cancerosas con el epidermis de revestimiento. Repetidas veces hemos encontrado en las capas malpighianas, encima de la basal, en los clavos interpapilares, focos donde tienen lugar las mitosis, engendrándose un elemento (prickle cell) más pequeño que el que simultáneamente nace en el corion, menos redondeado y conservando mejor el tipo malpighiano; asimismo es dable ver grupos de grandes células rodeadas de otras más pequeñas, tal vez células hijas; en la variedad escamosa se encuentran a veces huecos limitados por apretada hilera de elementos más semejantes a los basales y en determinados lugares, cuando el carcinoma parte del corion o le ha alcanzado en el movimiento proliferativo, otros espacios definidos por una perfecta capa endotelial y llenos de elementos linfáticos.

Las observaciones de carcinomas basales, abocando a la formación de perlas, indica la presencia de células claramente escamosas en el centro de los nódulos, y en otros casos existe una porción escamosa en relación directa con las capas de la piel, o por lo menos con la parte superior del corion, y otra basal por debajo, no asignable a ninguna formación cutánea; entonces la neoformación escamosa en el corion puede partir en forma de mamelones o de perlas aisladas, según hemos visto en alguna preparación; la disposición en perlas es análoga a la de las capas de la piel, encontrándose basal, células poliédricas y estrato córneo. Hay algunos tumores de no gran malignidad que por su génesis forman grupo con el endotelioma, aunque por la descripción de Borst (246) creemos indudable su tipo epitelial; Krompecher (247) les asignó como punto de partida la basal, por el carácter de sus células constituyentes y por el puente que une la epidermis a la tumoración (248), volviendo al estudio histogenético del carcinoma, que estaba abandonado, y siendo aceptado su parecer por Delbanco (249), Körl (250) y Clairmont (251); modernamente, Rons (252) ha lanzado la suposición de que el cáncer no parta de estructuras normales, y Ribbert (253) opina que existe conexión con el epitelio de la superficie en un punto, advirtiendo que al irse extendiendo

el tumor lo hace por el corion, siendo secundarias, según su esquema, todas las demás relaciones del epitelio con el crecimiento neoplásico, que tendría lugar por multiplicación de sus propios elementos, y no por estimular a proliferación a las vecinas estructuras (254); poco favorable a esta teoría es el origen frecuentemente múltiple del cáncer de piel, probado por Petersen (255) y Hazen (256). Nosotros a menudo el cáncer basal no encontramos relación entre el epitelio y la neoplasia y el pequeño puente que se encuentra en algún caso, parece ocasionado, dada la gran extensión tumoral por una unión secundaria; en ocasiones el epitelioma parece nacer a la vez del corion y de la basal, lo que pudiera ser debido a que el foco esté tan próximo a la basal que se confunda con ella; últimamente han llegado a nuestras manos, procedentes de la clínica del profesor Wile de Michigan, unas secciones diagnosticadas microscópicamente por nuestro maestro Warthin como cáncer basal superficial, que ofrecen muchos puntos de contacto con los casos de Ketron (257); en uno de los de este autor existían pequeñas masas neoplásicas, proviniendo los elementos tumorales de la basal de la epidermis y folículos pilosos y gran infiltrado celular, y en el otro era grande la invasión de tejido fibroso, estando el proceso muy conectado a la basal; en el nuestro los linfocitos están dispuestos irregularmente, sin constituir las hileras de que habla Ketron, y los elementos parecían originarse en la basal de la epidermis, sin profundizar mucho, constituyendo masas delimitadas por abundante tejido fibroso y encontrándose en algún punto subbasalmente focos de neoformación y apareciendo la basal en determinados campos empujada en semicírculo, con la convexidad hacia el corion y rota en los extremos; hay evidente dilatación de los capilares y en algún sitio hemorragias intersticiales; el tejido fibroso ahoga las sudoríparas y hace recordar lo que Hazen (258) denominó cáncer con cicatriz, siendo grande la infiltración linfocitaria ya señalada por Borrmann (259); en esta observación nuestra falla la hipótesis de este último autor (260)—por lo demás sostenible en casi todos los casos—de que el tipo basal procede de restos epiteliales congénitamente colocados en el corion—que Petersen (261) llama matrix carcinoma—, suscribiendo la misma teoría Veit (262), Anitschow (273) y Kyrle (264 y 265), entonces la morfología del tumor acaso fuera circunstancial, dependiendo del estado de diferenciación de los restos embrionarios, cuya frecuencia en la cara fué considerada primeramente por Mc. Donagh (266) como la causa de los epiteliomas de aquella región, achacándolos más tarde a la piel y anexos, a los que en tiempos anteriores había atribuido el *ulcus rodens* (267), reservando a los basales de la nariz génesis determinada por el desplazamiento de restos de glándulas que existieron en nuestros antepasados (268), siendo, por tanto, atávicos o ancestrales estos carcinomas, a los que Sequeira (269) asigna análogo origen. Sin embargo, la opinión de Thiersch, refiriendo el neoplasma solamente

a los tejidos epitelicos, es defendida hoy por Sutton; Hazen (270) cree que el basal procede siempre de la capa de igual nombre, en tanto que Heidingsfeld piensa que esta capa siempre engendraría la variedad escamosa, proviniendo la basal del folículo piloso (tricoepitelioma) y de las glándulas sebáceas; esta hipótesis nos parece pudiera apoyarse en el desarrollo embrionario de los anexos, que implica lógicamente existan más a menudo restos de aquella época evolutiva, y Colnen la sustenta en lo referente a las sebáceas (271 y 272), de lo que también nosotros tenemos alguna observación; Adami (273) dice fué un error de Krompecher el establecimiento del tipo basal, pues no solamente éste, sino también el escamoso derivan de los elementos basales, según su grado de diferenciación. En cuanto a la teoría recientemente explanada de atribuir el carcinoma de las orejas al injerto de escamas caídas de la cabeza, ni su especie celular ni los numerosos trabajos experimentales realizados sobre injerto de tejidos permiten sostenerla.

Basándose Kyrle (274 y 275) en el hallazgo en el lupus de restos basales, que por la irritación pudieran conducir a la producción del cáncer, estableció la conclusión de que todo epiteloma proviene de la célula basal; nosotros hemos encontrado restos análogos en tres casos (cuyas preparaciones conservamos) de diez de lupus examinados (276), y estamos conformes con el modo de pensar de este autor, creyendo que el elemento basal constituiría los restos embrionarios de que se originan el epiteloma corial típico, el de los apéndices y el basal propiamente dicho; todos, como decimos, de restos embrionarios, no de células normales; asimismo y de los mismos restos procedería el tipo escamoso, intermediando las correspondientes etapas de transición, pudiendo hacerse el parecer de Krompecher más extensivo. Y que la célula basal engendra cáncer escamoso lo prueba una observación que hemos estudiado en numerosos cortes seriados, en que, estando muy extendido el epiteloma escamoso (entre el que se ven células basales no hay relación alguna de la neoplasia con el epidermis acantósico; en otra pieza patológica hemos seguido entre diversos nódulos contactando con el epidermis uno en sus comienzos con la misma falta de relación. Creemos, por tanto, que la célula escamosa supone la existencia previa del tipo basal germinal, y que tales términos no corresponden a conceptos exactos, debiendo sustituirse, atendiendo a la variedad morfológica por cáncer de células prismáticas, poliédricas y fusiformes (admitiendo el «spindle cell» de los ingleses), y con esto entramos de lleno en la clasificación, problema difícil de resolver, pues ni los elementos del llamado epiteloma escamoso son escamosos ni basales los del basal, siendo dable encontrar en casi todos los cánceres unos y otros, a veces con predominio de determinada variedad—no siempre fácil de diferenciar, como dice Broder (277)—, pero en ocasiones en proporción equilibrada; en los basales con formación de perlas puede abundar lo que llaman los investigadores

americanos «prickle cell», y en los escamosos, determinando también producción de perlas, se distingue en algunos focos una capa que morfológicamente parece una basal, y que quizá lo sea asimismo en sentido germinativo; en cambio, esta disposición se halla muy raramente cuando la neoplasia tiene procedencia maligna.

(Se concluirá.)

Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar

POR EL

DOCTOR RAMON VILLEGAS

.....OOO.....

II

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

La profesión.—Las características especiales que imprime a la vida de todos los individuos la distinta clase de trabajo a que dedican su actividad y su energía no puede por menos de influir de un modo sensible en la mayor o menor facilidad para adquirir la tuberculosis.

Nos parece, sin embargo, un poco arbitrario establecer una relación de las distintas profesiones con relación a la frecuencia en que la tuberculosis se presenta. Esto, sobre ser bastante propenso a errores de bulto, es completamente innecesario. Resulta propenso a errores porque, si tratamos de hacerlo valiéndonos de las estadísticas, estaremos sujetos a la misma limitación fundamental de que hablamos al ocuparnos del estado y del sexo. En una consulta pública, por ejemplo—que es donde con más facilidad y de donde ordinariamente suelen obtenerse estos datos—, nos encontraremos con que la mayor parte son obreros y ninguno de profesión elevada. Sin duda, que el mayor contingente de tuberculosis se produce entre los individuos de las clases modestas; pero desde el momento que se observa también entre las personas de superior posición, el concepto que se derive de tales datos no puede por menos de ser equivocado. Y lo mismo que ocurre entre estos dos extremos demasiado evidentes, puede decirse de los mismos obreros como sujetos de observación única. Hay oficios—los más rudos precisamente, y de los que, por lo tanto, dan una cifra muy elevada de tuberculosis—que, por razón de este mismo exceso de trabajo, no disponen del tiempo suficiente para acudir a las consultas, y sólo lo hacen en un caso extremo, de donde viene a quedar en aparente minoría.

Pero lo interesante no es conocer cifras, sino apreciar en cada caso las condiciones del trabajo de nuestros enfermos, su intensidad y circunstancias higiénicas en que lo realizan.

Es un conocimiento vulgar en fisiología que ciertos oficios, como el de panadero, por ejemplo, ofrecen más facilidades para la tuberculización que los obreros de campo. No hace falta, ciertamente, señalar de una manera taxativa cuáles sean los oficios más especialmente tributarios de la tuberculosis, si en todo momento se tiene en cuenta que el trabajo en locales cerrados, en lugares sin luz y donde exista hacinamiento, habrá más facilidades para el contagio en que aquellos otros donde se realice bajo la protección tonificante del sol y en un ambiente de aire puro, libre de las temperaturas extremas y sin agotamientos de fatiga.

Las profesiones mal retribuidas que no permiten una alimentación suficiente y que obligan a quien las padece a vivir en estrechez y miseria, claro está que facilitan, estimulan y agravan las posibilidades de adquirir esta enfermedad. Lo mismo decimos de aquellas otras—sean cuales sean—en las que un trabajo penoso y excesivo produce una debilitación evidente del organismo. Aunque—debemos decirlo para establecer una pauta—no son el exceso de trabajo (casi nunca extenuante) ni aun la alimentación insuficiente (con ser ya de mayor importancia) las causas preparatorias principales para la producción del contagio tuberculoso. Es, sobre todo, la falta del aire y de la luz lo que de una manera más específica predispone al organismo para entregarse inermemente a la infección que nos ocupa.

Se ha citado como caso de excepción el de los carceleros, que, merced a la inhalación constante de polvos de cal, presentan una gran resistencia contra la tuberculosis, la cual se ha pretendido considerarla como una inmunidad. Sin negar yo la mayor resistencia que pueda presentar al organismo de estos individuos para padecer dicha enfermedad, dado que la tuberculosis presenta una marcada tendencia a desmineralizar a los enfermos y, por lo tanto, la absorción de la cal puede contrarrestar algún tanto esta perniciosa tendencia, me parece demasiado absoluta la afirmación citada. Puede estimarse, sin embargo, en el sentido indicado.

Todas aquellas profesiones que se desempeñen desahogadamente y sin fatiga, en las que el reposo pueda satisfacerse con suficiencia, en las que una retribución bien proporcionada permita cierto bienestar económico capaz de defender al individuo de la miseria; una profesión en la que el ejercicio físico corresponda a las necesidades fisiológicas de manera que sea estímulo y no desgaste del organismo por realizarse al aire libre y sin el rigor de ningún extremo, será la que menos facilidades proporcione a la infección tuberculosa.

Pero desde el momento que en todas las profesiones, como en todos los estados y como en cualquiera de los sexos puede producirse y se produce la tuberculosis, las consecuencias que se deduzcan de esta observación no puede por menos de tener un valor extraordinariamente reducido.

El trabajo.—El caso del oficial citado por Marfán, que habiendo padecido apenas algunos accidentes palúdicos, murió de uno pernicioso a consecuencia de una fatiga exagerada, esas miositis infecciosas primitivas constantemente tributarias de la ponosis física, la osteomielitis de los adolescentes, consecutiva casi siempre a los esfuerzos exagerados, no permiten dudar del papel decisivo que el cansancio muscular tiene en el desarrollo de estas infecciones. Por su carácter agudo, la causa y el efecto se manifiestan simultáneos, y la relación entre ellos bien patente. Pero no por ser crónica y de desenlace más lejano, la tuberculosis deja de manifestarse también dependiente de la fatiga de una manera que aleja toda duda.

En nuestra comunicación al Congreso Antituberculoso de Barcelona de 1910 sobre «Las condiciones sociales en relación con la tuberculosis», investigamos sobre 100 enfermos la edad en que comenzaron a trabajar, el número de horas que en la actualidad trabajaban y el número de horas que destinaban al descanso. He aquí los resultados:

Edad a que comenzaron el trabajo.

Antes de los quince años.....	78
Después de los quince años.....	13
No han trabajado nunca en oficios manuales, por enfermedad o por otras causas.....	9
Total.....	100

Tomamos como tipo de edad los quince años, no porque consideráramos que ésta era la más apropiada para comenzar el trabajo, sino porque nos parece la mínima para que, sin grave daño, pueda trabajar un obrero. A pesar de lo cual, puede advertirse que tal cifra es, con mucho límite, máximo, y que sólo por gran excepción empiezan después de esta edad.

De la intensidad del trabajo se adquiere noción por el siguiente cuadro:

Jornada de trabajo en aquella época.

Trabajaban más de diez horas.....	41
Entre ocho y diez diarias.....	17
Un tiempo indeterminable.....	14
No trabajaban por enfermedad o por paro forzoso.....	8
Menos de ocho horas.....	10
Total.....	100

En el grupo de los que trabajaban más de diez horas incluimos muchos que, como los panaderos y modistas, trabajaban trece o catorce muchas veces. Los catorce que decimos que trabajaban un tiempo indeterminable son aquellos que, como los recaderos, las porteras o las sirvientas, no tienen una jornada límite, sino que están ocupados todo el día sin que pueda determinarse con precisión el número de horas. Y, por último, entre los 18 que no trabajan están los nueve de la estadística anterior que nunca han trabajado manualmente, y otros nueve

que por enfermedad o falta de destino no tenían ocupación en el momento de nuestro interrogatorio.

Horas de descanso.

Duermen menos de seis horas	32
Duermen más de este tiempo	68
Total	100

Sería curioso, y verdaderamente interesante, repetir estas investigaciones en el actual momento, en que de manera tan fundamentalmente distinta se ha modificado el estado social de las clases obreras y relacionarlo con el actual contingente que la clase obrera dé en lo sucesivo a la tuberculosis.

(Se continuara.)

BIBLIOGRAFIA

El Pneumotórax Artificial en su aplicación a la cura de la tisis de los pulmones, por el doctor J. Reventós.

Pertenece este libro a la serie de Monografías de Biología y Medicina que edita la casa Calpe. El trabajo del doctor Reventós se descompone de la manera siguiente: Acción fisiológica del pneumotórax artificial cerrado. Mecanismo de acción del pneumotórax sobre la tuberculosis en evolución. Indicaciones. Técnica. Complicaciones. Evolución y resultados. Sigue luego una estadística de setenta casos de los tratados por el autor.

Sin pretender menospreciar a ninguna otra, esta monografía honra considerablemente la serie de las que publica la citada casa, tanto por el conocimiento concienzudo del asunto que revela en su autor, como por el esmero puesto por éste lo mismo en el texto que en la magnífica dotación de radiografías que acompañan, y gracias a las cuales se comprende con facilidad lo que en el texto se expone.

Contiene veintidós láminas, cada una con varias radiografías; trece figuras y seis gráficas de temperatura para hacer más patentes las afirmaciones del texto.

ANTONIO FERNÁNDEZ MARTÍN.

Periódicos médicos

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Sobre un caso de púrpura hemorrágica por anhepatía.**—El doctor Dardo García Díaz refiere la siguiente historia clínica,

M. de Del G., argentina, casada, de veintidós años.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sarampión y escarlatina en la infancia; después, siempre sana.

Hace aproximadamente unos nueve meses fui llamado por la enferma que historio, la que presentaba el cuadro de una gripe; a los pocos días se agrega una angiocolitis, que supuse era gripal; hice tratamiento apropiado y los síntomas cedieron, encontrándose la enferma a los veinte días completamente bien.

En el tiempo transcurrido desde su enfermedad anterior hasta la presente la enferma queda embarazada. Hacia el cuarto mes de su embarazo sobreviene su

Enfermedad actual (julio 20 1920).—Esta se manifiesta por una erupción constituida por manchas de un color azul violáceo que no desaparecen por la presión y un poco salientes. Estas manchas, que afectan la forma de petequias, predominan en los miembros inferiores; pero se encuentran también en el abdomen y en los miembros superiores, aunque en menor número. En la lengua (cara dorsal), en el paladar y en la cara interna de las mejillas se encuentran petequias que semejan pequeños granos de uva negra.

El estado general es bueno; la enferma ha venido a mi consultorio. Su pulso es de 80 y su temperatura 37°1.

No presenta cefalea ni ningún otro trastorno: sólo la ha decidido a consultarme las manchas que han aparecido en su cuerpo.

Hago diagnóstico de púrpura hemorrágica. Recomiendo reposo en cama, dieta láctea y prescribo bebida hemostática. Además le practico inyecciones de Peptona Wite y ergotina.

Al día siguiente del primer examen aparecen nuevas petequias en los miembros inferiores. Además, las ampollas de la boca se han roto y sangran con cierta intermitencia.

Julio 23.—Aparece hematuria; ésta se instala *d'amblye* y es muy abundante; las orinas de la mañana son más ricas en sangre; tanto, que el orinal parece contener el producto de una sangría; las de la tarde y noche son un poco más claras.

Pensando en su antecedente hepático, creo que su púrpura reconoce una insuficiencia del hígado, lesionado por su angiocolitis gripal, y cuyo funcionalismo se ha alterado aún más por el trabajo agregado por su embarazo. Prescribo hepatol, el cual le hago tomar a dosis máximas.

Julio 26.—Hace dos días que la enferma toma hepatol; sus orinas son un poco más claras, pero contienen todavía bastante sangre. No ha vuelto a aparecer ninguna otra mancha; no hay fiebre; su pulso es de 110.

Julio 29.—En los días anteriores sus orinas se fueron aclarando, siendo siempre la micción de la mañana la más rica en sangre. En el día de la fecha sus orinas son normales. Las petequias van siguiendo el curso de las extravasaciones sanguíneas. Su color, que al principio era azul violáceo, fué después amarillo verdoso y es ahora de tinte café con leche.

Agosto 5 1920.—La enferma se encuentra perfecta

mente bien. Sus petequias se han borrado. Sus orinas no presentan hematíes. Aconsejo, sin embargo, que siga tomando hepatol.

* * *

A pesar de relatar este caso desprovisto de ciertas pruebas de gran valor para corroborar la insuficiencia del hígado, creo que lleva en sí una demostración clínica, y es que la púrpura que sobrevino a mi enferma era secundaria a una insuficiencia hepática, tal vez un signo precoz revelador de ésta.—(*La Semana Médica*. Buenos Aires 6-1-921.)

2. Cloroformo y epinefrina.—Se sabe bien que las dosis masivas de cloroformo pueden producir un efecto tóxico sobre el corazón, que se manifiesta por debilidad y dilación subsecuente.

El grado del peligro, el por qué se produce y el modo de impedirlo son temas que se han resuelto de distintos modos. Sin embargo, se admite generalmente que, aun cuando se administre muy cuidadosamente el cloroformo, la presión sanguínea puede disminuir progresivamente, lo cual tiende a debilitar el corazón.

Para contrarrestar esto, en particular en los accidentes que entrañan debilidad circulatoria, se han propuesto las inyecciones intravenosas de epinefrina, a fin de restaurar la tensión arterial del modo bien conocido que caracteriza a este potente medicamento.

Heinecamp, del Colegio de Medicina de la Universidad de Illinois, ha unido su voz a las de otros en contra del uso simultáneo del cloroformo y la epinefrina.

Esta última, por aumentar la presión periférica, produce una elevada presión aórtica, debido a la cual no puede vaciarse un corazón debilitado y con frecuencia dilatado cuando además lo lesiona el cloroformo.

La sobrecarga impuesta a un órgano debilitado puede provocar más dilatación y hasta fibrilación. Por consiguiente, no deben administrarse a la vez los dos medicamentos, cloroformo y epinefrina. Cuando se emplea el uno, el otro está contraindicado.—(*The Journal*, A. M. A., edición española, 1-1-921.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. Tratamiento de la fiebre tifoidea por las aplicaciones de hielo y la vacuna iodada, por Ch. Flaudin y J. Lempérière.—No es necesario elogiar el tratamiento de Brandt en la fiebre tifoidea; pero los baños fríos cada tres horas presentan algunos inconvenientes, por el esfuerzo incesante que suponen para el enfermo, por el gasto de energía que suponen también para las personas que le cuidan; parece también, que el enfriamiento brusco provocado por el baño favorece a menudo el desarrollo de congestiones pulmonares, y, además, la movilización repetida en las formas graves puede acarrear síntomas alarmantes, como los de una hemorragia o una perforación intestinal. Por otra parte, este método, fá-

cil de practicar en el hospital, con una instalación adecuada y con personal para ello, es con frecuencia muy difícil o imposible en otros medios. En sustitución de él, los autores aconsejan el empleo permanente de bolsas de hielo sobre toda la región abdominal, y en los casos graves, con tendencia hipertérmica, está indicado aplicar además otra bolsa de hielo sobre la región precordial. Así se logra un descenso de la temperatura, la cual se mantiene de una manera continua alrededor de los 38°. Aparte del descenso de la temperatura, parece ser que los efectos locales del hielo sobre el intestino son favorables; disminuye la diarrea y no se presentan complicaciones intestinales; evidentemente es un tratamiento lógico. Con objeto de hidratar al enfermo y para combatir el estreñimiento que suele provocar el hielo, se administrará mañana y tarde un lavado intestinal, lo más lentamente posible, con uno o dos litros de suero glucosado frío, con un miligramo de adrenalina. Por último, la vacuna iodada ha dado muy buen resultado en el tratamiento de la fiebre tifoidea; pero es necesario para ello aumentar las dosis ordinarias y prolongar, durante algún tiempo, las inyecciones; debe procederse del siguiente modo: inyección infra-clavicular, de 0,5 centímetros cúbicos; de vacuna, el primer día, 0,5 a 1 centímetros cúbicos; el día siguiente y después, 1 centímetro cúbico, 1,5 y 2 centímetros cúbicos cada dos días, aumentando la dosis 0,5 centímetros cúbicos desde que la reacción local cesa de persistir durante veinticuatro horas. Desde que se inicia la convalecencia conviene administrar 1,50 gramos de urotropina por día, como desinfectante biliar y para evitar la formación de litiasis pigmentaria como recomienda Chauffard. Bajo la influencia del tratamiento indicado, la temperatura se estaciona rápidamente alrededor de los 38° y después oscila y desciende en lisis. El estado tífico se reduce al mínimo, la demacración es menos pronunciada, la diarrea queda suprimida y las manifestaciones respiratorias quedan reducidas a una ligera bronquitis.—(*Le Bulletin Médical*, núm. 3, 12 y 15 enero 1921.—E. Luengo.)

OFTALMOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Sobre el pronóstico de la operación de la catarata en los diabéticos, por el Dr. M. Máximo Prates.—Se ha tratado de explicar la formación de la catarata en los diabéticos por diversas teorías; o bien por la acción directa del azúcar al penetrar por ósmosis de los líquidos nutritivos, o bien que fuera la poliuria diabética la que produjese la catarata por sustracción de agua del organismo. Hoy se sabe que todas las cataratas comienzan por determinadas alteraciones celulares del epitelio de la cápsula del cristalino, y en algunos casos también por alteraciones epiteliales del cuerpo ciliar; por ello, se pen-

só que el azúcar, por su acción prolongada, podía ser una de las substancias capaces de provocar esas lesiones epiteliales, ya directamente, actuando sobre la cristaloides, ya indirectamente, alterando las células de los procesos ciliares, los cuales segregarian entonces un humor acuoso viciado e influirían, por tanto, desfavorablemente en la nutrición del cristalino, produciendo su opacifidad. Existen algunos casos de catarata diabética, curados, al parecer, con el tratamiento médico; son casos incipientes y probablemente se trataba de opacifidades temporales del cristalino. Cuando el cristalino se opacifica definitivamente, sólo puede restablecerse la visión mediante su extracción; sin embargo, por la influencia de las ideas reinantes en cirugía general que recomendaban la mayor prudencia en las intervenciones quirúrgicas en los diabéticos, se abandonó por bastante tiempo el tratamiento operatorio de la catarata en estos enfermos. Actualmente puede afirmarse que todas las cataratas sean propiamente diabéticas o las que se presentan en individuos diabéticos, aunque tengan otro origen, pueden ser casi impunemente operadas. Estudiando el autor las estadísticas del Instituto de Oftalmología de Lisboa, basadas en 834 operaciones de cataratas seniles y en 30 casos de cataratas en individuos diabéticos, llega a la conclusión de que en los diabéticos pueden practicarse sin grandes peligros de fracaso todas las intervenciones que se practiquen en los ojos de individuos no diabéticos. En las cataratas propiamente diabéticas, los resultados de la operación, tanto los quirúrgicos como los ópticos, son excelentes; las heridas curan prontamente sin complicaciones inflamatorias y con reacciones locales tan mínimas, que podría pensarse que el mal estado del enfermo es un factor favorable para la cicatrización. Como ejemplo de ello, expone el autor cinco observaciones de las más características, concluyendo que en las cataratas diabéticas genuinas, aun en individuos profundamente enflaquecidos por la dolencia y con grandes cantidades de azúcar en la orina, el pronóstico quirúrgico de la operación es excelente, pareciendo que la misma flaqueza del estado general contribuye para que se verifique la cicatrización rápidamente y sin complicaciones inflamatorias. En las cataratas seniles de los individuos diabéticos hay que contar con las complicaciones del fondo del ojo, que puedan frustrar eventualmente los resultados ópticos de una operación con buen éxito quirúrgico, y además con las complicaciones inflamatorias y con las hemorragias post-operatorias más frecuentes en estos enfermos que en los no diabéticos, pudiendo, algunas veces, comprometer parcialmente los resultados visuales.—(*A Medicina Contemporánea*, núm. 42, 17 octubre 1920.)—*E. Luengo.*

OTO-RINO-LARINGOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

I. La vacunoterapia en oto-rino-laringología, por el doctor John Erath.—Por este procedimiento ha tratado Erath 64 casos de supuración crónica del oído medio o externo, y de los senos, en enfermos de cuatro a sesenta años de edad. Los ingleses y los americanos son los que más activamente y casi exclusivamente se han ocupado de esta cuestión, y en sus trabajos es donde hay que buscar, sobre todo, enseñanzas prácticas; pueden utilizarse las autovacunas o las *stock*-vacunas; éstas tienen la ventaja de poder aplicarse inmediatamente y de ser más económicas; las segundas son más activas y necesitan cierto tiempo para su preparación. La vacunoterapia sólo tiene verdadera aplicación en las otitis supuradas crónicas, puesto que en los casos agudos es inútil añadir las toxinas de la vacuna, a las que segregan los microbios; en los casos crónicos, se trata de romper, por una excitación nueva, el estado de equilibrio que se establece entre el organismo y los microbios. La técnica empleada ha sido la siguiente: desde luego, se hacen las curas habituales durante ocho días o más; si no se obtiene mejoría, se toma lo más asépticamente posible, previa limpieza del conducto auditivo, una gota de pus por medio de un tapón de algodón, que se envía al Laboratorio para preparar la autovacuina. La primera inyección, en la cara externa de la nalga de medio c. c. de vacuna, que generalmente está dosificada de modo que contenga 25 millones de estafilococcos, cinco de estreptococos y cinco de colibacilos por c. c.; si la dosis es débil, no se produce reacción ninguna; si es la que debe ser, se produce, al cabo de dos a diez y ocho horas después de la inyección, un poco de malestar y una elevación térmica de cinco a ocho décimas; si la dosis es muy fuerte, puede elevarse la temperatura uno o dos grados, pero es muy raro. Si la dosis es la que conviene, se repite la inyección a los cuatro días, pero doblando la dosis, y así se continúa con una inyección cada cuatro días aumentando la dosis; no hay que llegar a dosis muy altas; se obtienen los resultados suficientes con dosis medias. Cuando se observa la mejoría se administran las inyecciones cada seis, ocho y diez días, y cuando la supuración haya desaparecido por completo, no se harán más que dos o tres inyecciones con veinte días de intervalo.

Cuando no se obtenga una disminución de la supuración al cabo de cinco o seis inyecciones, no hay que continuar indefinidamente el tratamiento, sino interrumpirle después de la séptima o la octava, dejar descansar al enfermo cuatro o cinco semanas y comenzar de nuevo, empezando por la dosis menor. Si la reacción es débil, se aumenta rápidamente la dosis hasta obtenerla claramente, y después seguir con lentitud. Si la reacción es fuerte, se repite la misma dosis hasta obtenerla de caracteres normales, y continuar cada seis u ocho días con dosis débiles.

Cuando se emplean las vacunas comerciales, basta

hacer un examen del pus para conocer los gérmenes dominantes (en el oído predominan el estrepto y el estafilococo en el 70 por 100 de los casos).

Puede decirse, en vista de los resultados obtenidos por el autor, que aunque la vacunoterapia no excluye el tratamiento quirúrgico, permite evitar muy a menudo una operación solamente indicada por el síntoma supuración, fuese una sinusitis o hasta una pansinusitis. Por otra parte, la vacunoterapia es un método de tratamiento un poco delicado, que no debería ser empleado más que por los médicos que puedan vigilar por sí mismos tanto la evolución local de la lesión como el estado general del enfermo. (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, núm. 21; 15 noviembre 1920.)—*Luengo*.

SIFILIOGRAFÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. A propósito de la cuestión de las ictericias en el curso del tratamiento arsenical de la sífilis.—Un caso de ictericia grave mortal con dosificación del arsénico en el hígado, por A. Policard y J. Pinard.—Hombre de veintiocho años, adquiere en 1912 una sífilis de forma banal; tratamiento por el salvarsán veintidós días después del comienzo de la lesión (inyección de 0,30 gramos); intolerancia manifiesta de este medicamento, por lo cual se sustituye por el aceite gris.

En 1919, seis inyecciones de biyoduro de mercurio; después de las cuales empieza un nuevo tratamiento arsenical por el neosalvarsán; se le administran tres inyecciones de 0,30, 0,30 y 0,45 gramos. A la tercera, algunos dolores abdominales con diarrea, que duraron unas doce horas; treinta y tres días después de la última inyección, brote de urticaria durante cuatro días sin causa alimenticia aparente; nueve días más tarde aparece una ictericia ligera, que se acentúa en los días siguientes, con delirio y llegando hasta el coma, falleciendo el enfermo seis días después de aparecer la ictericia.

La autopsia muestra un hígado atrofiado con el aspecto clásico de la ictericia aguda amarilla; histológicamente, degeneración grasosa muy acentuada; canales biliares intactos; todos los órganos están ictericos.

La dosificación del arsénico dió como resultado la cifra de 800 milésimas de miligramo, o sea unas diez veces más de lo normal. Parece ser, por tanto, que la ictericia grave del enfermo puede considerarse como una ictericia tóxica, debida a la medicación arsenical y por ende los autores creen que no puede dudarse de la posibilidad de la existencia de ictericias graves tardías en relación con el tratamiento salvarsánico.

(*Paris Medical*, núm. 2, 8 enero 1921.)—*E. Luengo*.

2. A propósito de las ictericias para-arsenicales, por G. Milian.—Este autor critica la observación de Policard y Pinard, anteriormente resumida. Los fenómenos morbosos en dicha observación han empezado

casi cincuenta días después de la última inyección de novarsenobenzol; la dosis de éste inyectada en total ha sido 1,05 gramos, dosis que Milian inyecta corrientemente de una sola vez sin ningún perjuicio; no hay que olvidar que la dosis tóxica de novarsenobenzol es para un hombre de 60 kilogramos, de 8 á 10 gramos inyectados de una sola vez. La ictericia referida no ha tenido nada de particular, clínica ni histológicamente; fué la *ictericia grave clásica*. Toda la argumentación de Policard y Pinard se reduce a caso de ictericia grave, sobrevenida cincuenta días después de 1,05 gramos de 914 administrados en tres veces, y en la autopsia del cual se encuentran 800 milésimas de miligramo de arsénico en el hígado, en lugar de 75 milésimas, que es la cifra normal.

Milian afirma una vez más con fuerza, basándose en la experiencia de diez años de una práctica intensiva, que la ictericia no es un accidente de la intoxicación arsenical. No existe en la historia de los venenos ningún ejemplo de veneno mineral u orgánico que, una vez administrado, espere varias semanas para manifestar sus efectos. Sólo las substancias animadas, microbios y parásitos, poseen una incubación semejante. Cuando una ictericia sobreviene varias semanas después del arsenobenzol, sin otros síntomas que los de una ictericia por retención, sin fiebre o con fiebre moderada, con modificaciones variables del volumen del hígado o del bazo, se trata siempre de una recidiva de sífilis hepática, y el tratamiento de elección consiste en el empleo nuevamente del arsenobenzol. En apoyo de este aserto, ha publicado Milian numerosas pruebas en varias revistas. (*Paris Medical*, núm. 2, 8 enero 1921.)—*Luengo*.

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Luxaciones del hueso semilunar.—El doctor Walter G. Stern, después de un estudio de las luxaciones de este hueso, presenta varios casos y deduce las siguientes conclusiones:

1.^a Las luxaciones del hueso semilunar no son raras y los casos sin complicaciones, por lo general, pueden reducirse si se tratan bastante precozmente.

2.^a Deben emplearse con más frecuencia los rayos X para diagnosticar lesiones de la articulación de la muñeca. Deben confirmarse de este modo los «esguinces», así como las fracturas declaradas.

3.^a En los casos precoces debe tratarse de reducir sin operación la luxación por medio de la hiperextensión y la llave de Thomas con anestesia general.

4.^a El hueso semilunar reducido debe mantenerse en posición por medio de la fijación en flexión extremada.

5.^a Debe emplearse la fisioterapia precozmente y continuarse hasta que se restablezca la función.

6.^a En los casos de luxaciones antiguas e incoercibles o de graves luxaciones con fractura debe aplicarse el ejercicio.—(Edición española del *The Journal*, A. M. A., 1-12-920.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Nota sobre un procedimiento sencillo de cura radical de la hernia crural (procedimiento del doctor Siraud), por Tasso Asteriades.—En el tratamiento radical de toda hernia, ya sea inguinal, crural o umbilical, existen dos tiempos bien distintos: la resección del saco y la obliteración del orificio herniario. Lo primero es fácil en general y, en la actualidad, una cosa bien reglada. No sucede lo mismo con lo segundo, sobre todo en las hernias crurales, en las que el anillo es difícil de cerrar a causa de la rigidez de la arcada crural y del plano óseo subyacente. A pesar de la afirmación de Championnière, de que en la hernia crural el tratamiento del anillo es menos importante que en las otras, puede decirse, por el contrario, que la importancia de este segundo tiempo es aquí capital. Las estadísticas muestran que la recidiva es más frecuente en ésta que en las demás hernias. El doctor Siraud ha operado varios centenares de hernias crurales por el procedimiento que ahora describiremos (aún no dado a conocer) con resultados lejanos superiores a los otros procedimientos. Incisión clásica, abertura del saco y ligadura de éste en el pedículo, después de lo cual se secciona. Descubrimiento de la arcada de Falopio de modo que quede claramente visible; poner también claramente a descubierto el plano del músculo pectíneo. Entonces se pasa una aguja curva por la arcada de Falopio de arriba a abajo, y, mediante una ligera tracción, se lleva en contacto del músculo pectíneo, el cual, a su vez, se atraviesa en todo su espesor por la aguja. Estos dos primeros puntos de sutura se completan por otros dos puntos dirigidos en sentido inverso, es decir, del músculo a la arcada, de modo que el hilo describa un asa en U. La separación entre las dos ramas de la U debe ser bastante grande para que permita obliterar el anillo crural; éste sólo puede presentar así un pequeño punto débil que corresponde al paquete vascular, que es el punto crítico operatorio; hay que tener siempre presente la situación exacta de la vena femoral, que limita por fuera el anillo; se separará la vena hacia afuera con el dedo, cuando se pase el hilo en U. Es útil doblar el plano músculo-ligamentoso, formado con un plano superficial aponeurótico que contribuye a reforzar la pared abdominal-crural a nivel del anillo. Para asegurar la coaptación exacta y la cicatrización continua del músculo y de la aponeurosis, será bueno emplear *catgut* bastante fuerte.—(*Le Bulletin Medical*, núm. 3, 12 y 15 de enero 1921).—*E. Luengo*.

MÉDICINA INTERNA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. El poder patógeno para los animales del llamado bacilo de la tuberculosis de la tortuga de Friedmann, por los doctores W. Kolle y H. Schlossberger.—Dice Friedmann que la raza de bacilos de

la tuberculosis de las tortugas aislada por él es completamente atóxica y avirulenta para los animales de sangre caliente, especialmente para los monos y para las cobayas, que tan sensibles son a esta infección. Los nódulos que se forman en los ganglios, y en caso de inyección intraperitoneal en el peritoneo, son inofensivos y transitorios, aunque se encuentren en ellos células gigantes y bastones ácidosresistentes; además, esta formación de nódulos se observa también tras de la inoculación de saprofitos ácidosresistentes y de bacilos tuberculosos muertos o de sus productos.

Kruse afirma que el bacilo de Friedmann, administrado por la vía intraperitoneal hasta la dosis de 60 miligramos al cobaya, no desarrolla; en efecto, alguno, al paso que para los animales de sangre fría, y en especial para las tortugas, es patógeno. Según Friedmann, se trata de un verdadero bacilo de la tuberculosis, extraordinariamente mitigado, muy semejante al bacilo de Koch; sobre todo, por lo que a desarrollo y temperatura óptima se refiere, se distingue de él por faltarle el poder patógeno para el cobaya y para el hombre.

Los estudios de otros autores les han llevado a convicciones completamente opuestas. Los autores han repasado estas acciones del referido bacilo sobre los conejos, cobayas y ratones, resultando que los conejos soportan sin reacción alguna hasta 200 miligramos de cultivo de Friedmann por vía intravenosa. Tras de la inyección subcutánea de 50-100 miligramos se presentaban abscesos en el sitio de la inyección. En el pus existían constantemente bacilos ácidosresistentes. Los ratones blancos resistían bien 5 miligramos en inyección intravenosa; a la inyección subcutánea o intraperitoneal de 0,5 a 1,5 miligramos seguía la formación de numerosos nodulitos caseosos en el epiplon, hígado y tumefacción del bazo. Por inhalación, dos de los ratones fallecieron, teniendo múltiples nodulitos submiliares en todo el cuerpo, y en estos nodulitos existían numerosos bacilos.

En los demás animales, fallecidos en fechas diversas después de la inyección, no se encontraron lesiones. Los cobayas resistían bien las inyecciones hasta de 10 miligramos en inyección subcutánea o intraperitoneal; en la autopsia no se encontraba lesión, característica alguna ni bacilos. Tras de la inyección de los ganglios axilares e inguinales, la inyección intraperitoneal ocasionaba arrollamiento y engrosamiento del epiplon con caseificación parcial del mismo, infarto del bazo, infarto y caseificación de los ganglios retroesternales; en todas estas lesiones se encuentran los bacilos. El infarto del bazo y de los ganglios axilares e inguinales seguía también a la inyección intravenosa. La inhalación dió lugar a la producción de numerosos nódulos miliares que se encontraban repartidos en ambos pulmones y contenían bacilos.

Las dosis muy grandes, hasta 200 miligramos,

administradas con intervalos de tres días, producían en la mayoría de los animales lesiones tuberculosas verdaderas; en otros sólo infarto de algunos ganglios, con existencia de bacilos en ellos. Si las dosis se administraban con intervalos de ocho días o más, la única lesión que se encontraba en la autopsia era tumefacción de los ganglios. De modo que para los conejos es inofensivo; para los ratones y cobayas es virulento cuando se administra en grandes cantidades, especialmente para los últimos, cuando se encuentran debilitados por otra infección de distinta naturaleza.

Este último dato es de importancia para el tratamiento del hombre enfermo, porque tal vez se puedan explicar de esta manera las agravaciones del proceso que han sufrido muchos tuberculosos por la inyección de estos bacilos. Los bacilos en cuestión pueden permanecer durante mucho tiempo, incluso meses, en el organismo, sin sufrir modificación alguna. Del empleo de estos bacilos para la profilaxia y terapéutica de la tuberculosis humana, que es lo que ha propuesto Friedmann, porque, dada la poca acción que ejercen, no es de esperar que sensibilicen el organismo, ni mucho menos que den lugar a la producción de anticuerpos. En cambio, hay un cierto número de casos en los que pueden engendrar procesos tuberculosos típicos, y esto con dosis poco mayores que las que se necesitan para engendrar idénticos procesos con verdaderos bacilos tuberculosos mitigados por largo tiempo de cultivo en medios artificiales.—(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, núm. 50, 1920.)

2. La diabetes insípida experimental y la opoterapia hipofisaria, por J. Camus y G. Roussy.—Estudian los autores la influencia de diferentes extractos hipofisarios (lóbulo posterior) sobre la diabetes insípida. Los experimentos los han realizado en tres perros.

Hay que distinguir los estudios hechos inmediatamente después de producida la lesión experimental de la base del cerebro de los verificados en el curso de una diabetes insípida experimental permanente.

En el primer caso, tres veces de las tres ensayadas, la inyección de extracto hipofisario no solamente no hace descender la tara urinaria en las veinticuatro horas siguientes, sino que la hace aumentar. Parece que después de la realización de la lesión que ocasiona la poliuria hay una fuerza irresistible que provoca la diuresis.

En el segundo caso, cuando la diabetes experimental permanente se ha establecido, las condiciones son análogas a las observadas en la clínica humana. Entonces, en el animal, los extractos hipofisarios, empleados a fuertes dosis relativamente a las usadas en el hombre, tienen acción oligúrica, aunque inconstante y muy variable según los casos. La disminución de la cantidad de orina es a veces mínima, y a veces hasta hay una elevación de la tara urinaria, a pesar del tratamiento. Cuando se logra la disminución, no es

duradera; en la curva que representa la cantidad de orina, hay descensos espontáneos independientes de toda opoterapia, tan importantes como aquellos que podrían ser atribuidos a ésta. En resumen, los resultados son inconstantes, sin eficacia duradera y desprovistos de especificidad.

(*Gazette des Hopitaux*, 8 enero 1921.)—L. P.

3. Tratamiento de la disentería amibiana por los enemas a base de novarsenobenzol, por O. Taillandier.—La emetina es un verdadero específico contra la amibiasis; sin embargo, este medicamento extremadamente activo en las formas agudas, es mucho menos eficaz en las formas crónicas y no ejerce casi acción en los quistes amibianos. Cuando esto ocurre es cuando debe emplearse el novarsenobenzol.

Teniendo su asiento la ulceración amibiana y las amibas en el intestino grueso, era racional pensar que el tratamiento local fuera eficaz. No se debe utilizar como vehículos ni el agua, que ni aun en estado normal tolera el intestino; ni el aceite, que por las fermentaciones se desdobra, generalmente, en ácidos grasos y jabones muy irritantes. El autor emplea un mucilago puro denominado coreina, procediendo así: Disuelve 10 gramos de coreina en medio litro de agua a 40 grados, agitando la mezcla, adicionando, cuando se ha hecho espesa, 10 gramos de carbonato de bismuto y de 0,30 a un gramo de novarsenobenzol, previamente disuelto en un poco de agua. Echado el paciente sobre el lado derecho, se introduce el tubo de goma colocado en el irrigador seis u ocho centímetros en el recto, haciendo penetrar la emulsión lentamente. Cuando ha penetrado el líquido, para que éste se ponga en contacto con toda la superficie intestinal, se hace adoptar al paciente los diversos decúbitos.

El enema puede ser retenido de doce a veinticuatro horas o más, y se practican dos o tres enemas cada semana. La falta de reabsorción permite usar el medicamento a altas dosis, no habiendo inconveniente en emplearle en casos de nefritis, miocarditis, etc. Los resultados han sido buenos.

(*Le Medecin Français*, 1.º de enero de 1921.)—L. P.

4. Del poder reductor de los tejidos, por H. Roger.—Demuestra el autor las variaciones de poder reductor de los tejidos, según los órganos y según los animales, insistiendo en el hecho, particularmente interesante de que la investigación del poder reductor del cerebro de los animales permite medir la superioridad intelectual, que se halla en relación directa con el poder reductor.

Esta reducción es resultado de dos factores: el uno, químico termoestable; el otro, biológico termolabile. El poder reductor químico pertenece a materias insolubles, probablemente a las albúminas.

Algunos venenos aminoran el poder de reducción. (*Le Moniteur Medical*, 18 de enero de 1921.)—L. P.





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

Sindicatos farmacéuticos. — Huésped ilustre. — La cuestión de las cátedras vacantes

Como verán nuestros lectores en sección aparte, nos hemos limitado, por hoy, a reproducir las noticias que la Prensa publica respecto a la gravísima cuestión del Sindicato farmacéutico de Barcelona. Aunque nos hayamos esforzado en allegar los datos suficientes y exactos para poder formar el debido juicio, no creemos que nos sea lícito todavía hacerle público, cuando su esencia se encuentra sometida a la deliberación de los Tribunales de justicia.

Como seguramente habrá acontecido a nuestros sensatos lectores, el efecto que en nuestro ánimo produjeron las noticias telegráficas publicadas por los periódicos políticos fué, primero, de asombro, y luego de intensa amargura. Si a estas sensaciones de nuestro ánimo no acompañó la indignación y el deseo de la protesta, fué por dos razones: primeramente, porque no creemos que ninguna autoridad gubernativa ni judicial, cualquiera que sea el espíritu autoritario e impositivo que la inspire, y cualesquiera que sean los alientos que le presten las circunstancias accidentales creadas por las clases mismas que han consentido con su cobardía cívica, la preponderancia de los elementos anarquistas en la bella ciudad condal, no creemos, decimos, que sin un fundamento hallado y comprobado en la conducta de los extraviados elementos profesionales que son actualmente víctimas de la persecución, pudieran aquellas autoridades afrontar la responsabilidad de someter al trato de los criminales ordinarios a personas revestidas de una representación social hasta ahora siempre respetada. El segundo motivo que nos hizo no dejarnos guiar por nuestras primeras impresiones, fué el de que nuestras noticias particulares coincidían en haberse dado al asunto un carácter de lucha absolutamente industrial, que le apartaba de nuestra incumbencia y de nuestras tradicionales aficiones.

Esperemos, pues, hasta saber lo que hay de cierto en esas letras en blanco, en esos "boycotages", en esas farmacias establecidas para arruinar a de-

terminados compañeros, y dejando a un lado este aspecto de la cuestión, que dilucidarán los Tribunales, invitemos a los farmacéuticos y a los que no lo son a que recuerden que no se puede unas veces actuar ante la sociedad como sacerdote de representaciones respetables y hacer después alarde de adoptar los procedimientos de las clases mercantiles intermediarias, que siempre han sido odiosas para los de arriba y para los de abajo.

—o—

Recibimos hace días la agradable visita del doctor Chutro, profesor de clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Este ilustre comprofesor, que goza hoy la reputación, sólidamente confirmada, de ser uno de los primeros operadores de la época actual, ha permanecido durante el triste período de la guerra al frente de uno de los Hospitales de sangre establecidos en París, y los servicios altruistas, desinteresados y humanitarios que allí prestó, parecerían inverosímiles si detalladamente se relataran. Al conocerlos nosotros hemos sentido el legítimo orgullo de raza que tantas veces nos alienta en la esperanza del porvenir de nuestra estirpe, como nos enorgullece el conocimiento de su pasado.

El profesor Chutro está siendo objeto de innumerables atenciones por parte de las personalidades médicas más salientes de Madrid, y a su vez ha correspondido a ellas, dando dos conferencias el lunes y el jueves últimos en la Facultad de Medicina, en las que demostró todo el acierto de la fama que le precedía y la exactitud de las referencias que respecto a él nos llegaban. El sábado, día 19, dará otra conferencia en la Real Academia Nacional de Medicina, ganosa siempre de ser, no escenario, sino hogar efectivo de todos los hombres que en nuestra nación y fuera de ella laboran por el prestigio y el engrandecimiento de la clase médica.

—o—

Más de mes y medio ha transcurrido desde que el Sr. Montejo (catedrático numerario) ha tomado posesión de la cartera de Instrucción pública; es de suponer que desde los primeros días del ejercicio de su cargo habrá tenido noticia del número exacto, aunque inverosímil, de cátedras que se en-

cuentran vacantes y cuya provisión resulta punto menos que imposible, gracias al *genial* procedimiento de constitución de los Tribunales debido al Sr. Ventosa. Es de suponer también que a manos del Sr. Montejo habrá llegado el proyecto que redactó la importante cuanto *candorosa* Comisión, que, nombrada por el señor marqués de Portago, supuso que en el Ministerio de Instrucción pública quedaba todavía algún residuo de formalidad. ¿Qué hace, pues, el Sr. Montejo que no se decide por ir a la puente o al vado? Porque lo que hay de cierto en todo esto es una cosa: y es que así no se puede continuar.

DECIO CARLAN

La Directiva del Sindicato de Farmacéuticos de Barcelona a la cárcel.

De la prensa diaria recogemos la siguiente información:

Ha causado gran impresión en Barcelona la medida adoptada por el Juzgado contra los individuos que formaban la Directiva del Sindicato de farmacéuticos, Sres. Segalá, Masós, Piutro, Piró Morató, Palomas Arago, Deu y Garreta. Dichos señores han ingresado en la cárcel, y, se les exige a cada uno 10.000 pesetas de fianza para recobrar la libertad.

Han sido conducidos atados codo con codo.

Según ha manifestado el fiscal de Su Majestad, la decisión de detener a dichos señores la ha adoptado en vista de que el Sindicato de farmacéuticos funcionaba de un modo muy parecido a los Sindicatos únicos obreros, a los cuales se persigue.

El Sindicato de farmacéuticos, que cuando se constituyó contaba, según parece, con un capital de 45.000 pesetas, tenía actualmente en caja 900.000 y letras de 1.000 pesetas con la fecha en blanco, que obligaba a aceptar a los sindicatos, y que ponía en circulación contra los que dejaban de cumplir las órdenes emanadas del Comité del Sindicato. Además, a los que se negaban a adherirse o a cumplir las órdenes que se les daban se les declaraba el *boycot*, así como a los mayoristas de productos farmacéuticos que proveían de éstos a los esquirols.

El Comité tenía a sueldo a varios inspectores, que se dedicaban a vigilar a los sindicatos y denunciar las faltas que cometían. Si alguno de éstos quería darse de baja del Sindicato, se le establecía una farmacia en un local cerca del suyo, vendiendo los productos a un precio bajísimo, hasta que se sometía o se arruinaba. En el primer caso, se le obligaba a hacer efectiva la cantidad desembolsada por el Comité para hacerle la competencia, y en el segundo, la

persecución y el *boycot* continuaban en cualquier otra población adonde se trasladase el farmacéutico en cuestión. Por estos procedimientos son varias, según parece, las farmacias y casas expendedoras al por mayor de productos farmacéuticos y de drogas que han visto perturbados sus negocios.

Todos los detenidos han negado o explicado en cierta forma su participación en los hechos que se les imputan en el escrito del fiscal y en el folleto que contiene la conferencia pronunciada en Madrid por el doctor Dou, titulada «Mancomunidad farmacéutica catalano-balear». El Juzgado llamará a declarar a los farmacéuticos boicoteados y a otros que se han negado a aceptar las letras que se les obligaba a aceptar.

Como decimos, la impresión que ha producido este hecho es especialmente por la significación de los detenidos, que son todos personas conocidísimas en Barcelona.

Ante el Juzgado que instruye el sumario referente a la detención de la Junta directiva de Sindicato de farmacéuticos, han comparecido algunos testigos. Después de la una de la tarde, el juez dictó auto de procesamiento contra los detenidos, señalando, de acuerdo con lo que propuso el fiscal, la fianza de 10.000 pesetas a cada uno para obtener la libertad provisional. Inmediatamente se constituyó la fianza de 90.000 pesetas, y a las tres y media eran puestos en libertad los nueve individuos.

Esta mañana visitaron al fiscal de S. M. el rector de la Universidad, el decano de la Facultad de Farmacia y el presidente de la Confederación general de Farmacéuticos de España y otras personalidades, para suplicarle que, sin entrar en fondo del asunto, por lo que tiene de delicado, se activen las primeras diligencias, a fin de que los detenidos quedaran en libertad.

Según parece, el Juzgado que entiende en este asunto enviará en exhortos a casi todas las poblaciones de España para que declare los farmacéuticos residentes en ellas, cuyos nombres y direcciones fueron hallados en el domicilio del Sindicato de farmacéuticos.

Sociedad Oftalmológica de Madrid (1)

SESIÓN DEL DÍA 27 DE MAYO DE 1920

El enfermo reaccionó perfectamente; la herida frontal cicatrizó por primera intención; en días sucesivos fui sacando las tiras de gasa; se agotó la supuración y se cerró la fístula a los veinticinco días, dando de alta al enfermo curado el 7 de diciembre de 1919.

El enfermo volvió en el mes de marzo de 1920 sin haber vuelto a tener novedad y he tenido noticias que sigue perfectamente.

(1) Véase el número anterior.

De las diferentes técnicas que hoy se siguen para el tratamiento quirúrgico de las sinusitis frontales, las que están más en boga son las de *Ogston-Luc* que abre el seno frontal por su cara anterior y crea una amplia vía de comunicación con la fosa nasal a través de las células esfenoidales anteriores y la de *Killian* que reseca la pared anterior del seno y la pared inferior, dejando entre las dos superficies óseas resecaadas un puente orbitario prolongando la brecha a expensas de la apofisis ascendente del maxilar superior.

Teniendo en cuenta que estos procedimientos, así como el de *Kuput* tiene sus inconvenientes y que por no estar habituado a estas operaciones debía seguir el camino más sencillo, aproveché el trayecto fistuloso en vez de crear una nueva vía a través de las células esfenoidales, salvando además la polea de reflexión del oblicuo mayor que al lesionarla hubiera producido diplopia, teniendo la fortuna de que se curase el enfermo lo que fué debido, sin duda alguna, porque la supuración estaba sostenida por los secuestros que extraje de la cara inferior del seno.

Doctor Castillo y Ruiz.—He pedido la palabra para felicitar al doctor García del Mazo por el brillante éxito obtenido en la intervención efectuada en el enfermo a que alude en su comunicación, aprovechando, al mismo tiempo, esta ocasión para llamar la atención de los señores socios de la conveniencia de que en España se hiciera algo de lo que se practica por los oftalmólogos americanos; es a saber que estando las paredes de la órbita en íntima relación con los senos craneo faciales y repercutiendo las afecciones de estas cavidades en las funciones visuales de un modo positivo, nuestros estudios deben ampliarse en este sentido a fin de que el oculista sin tener que recurrir a nadie más que en propia ciencia puede diagnosticar y tratar por sí las afecciones que nos ocupan; pues son varios los casos de neuritis ópticas que se presentan a nuestra observación, cuyo origen es sinusial.

Y ya que me escucha el catedrático de Oftalmología, tengo el mayor gusto en invitarlo a que oriente la enseñanza de la oftalmología en este sentido.

Sociedad Española de especialistas del pecho.

Sesión del 2 de febrero de 1921.

El doctor Navarro Blasco presentó un caso interesantísimo de hidroneumotórax espontáneo en un tuberculoso anteriormente tratado por la tuberculina con éxito y que se encuentra curado.

Hizo con todo detenimiento la historia clínica del caso desde que se le produjo el neumotórax y la disnea intensa consiguiente, hasta que dominados estos síntomas amenazadores pudo ser tratado por la tuberculina.

Enseñó radiografías del caso y dibujó en la pizarra los datos más interesantes obtenidos por el reconocimiento clínico.

Manifestó que las lesiones del otro lado que empezaban a estar en actividad, se le curaron también cuando se le produjo el neumotórax.

El enfermo lleva año y medio dedicado a sus ocupaciones y tiene en el lado izquierdo una extensa macidez, debida a engrosamiento pleurítico.

El doctor García Triviño dió cuenta de los casos de neumotórax espontáneo de que él había tenido conocimiento.

El doctor Verdes Montenegro llamó la atención sobre los aspectos más interesantes que ofrecía el caso presentado por el doctor Navarro, aplaudiendo la conducta de éste. Expuso también diferentes casos de neumotórax espontáneo y habló de la conducta que debe seguirse en el tratamiento de los derrames de la pleura.

El doctor Espina encareció la gravedad que generalmente ofrece el neumotórax espontáneo. Felicitó al doctor Navarro Blasco por el estudio que había hecho del caso y manifestó que, en su opinión, tiene la radiología un valor extraordinario en el diagnóstico, tan grande, que no se debe prescindir, siempre que sea posible, de este medio de investigación.

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

INSPECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

Relación de los aspirantes a las oposiciones de ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad exterior, convocadas en 21 de julio de 1920, en virtud de lo dispuesto por Real orden de la misma fecha:

- D. Marcelo Uriel Romero.
- D. Antonio Bencomo Maciá.
- D. Eugenio Peralta Alférez.
- D. Emilio Ferragud Folqués.
- D. Cesáreo Martínez Andreu.
- D. Juan J. Jiménez Canga Argüelles.
- D. Pedro García Dorado Seirullo.
- D. Jesús Sanz Ramírez.
- D. Valerio Peñas Reding.
- D. Priscilo Martín Pérez.
- D. Lázaro Martínez González.
- D. César Tejada Salgado.
- D. Luis Jiménez Athy.
- D. Ismael Baraibar Torres.
- D. A. Carmelo Aráiz Simón.
- D. Juan Antonio Hernández.

Madrid, 3 de febrero de 1921.—El inspector general, P. A., el subinspector de Sanidad exterior, Manuel Romero.—(Gaceta del 4 febrero.)

Escalafón provisional de los inspectores provinciales de Sanidad, formulado con arreglo a lo dispuesto en los artículos 3.º y 5.º del Reglamento del Ramo de 26 de Agosto último, totalizado por fi 1 de Diciembre de 1920

NÚMERO por el orden de Ingreso en el Cuerpo	NOMBRES Y SUELDOS O GRATIFICACIÓN QUE DISFRUTAN	FECHA DEL NACIMIENTO	FECHA DEL PRIMER NOMBRAMIENTO	TIEMPO DE SERVICIO EN EL CUERPO		CARGO QUE DESEMPEÑAN	OBSERVACIONES
				Años	Días		
15	D. Román García Durán. Con 12.000 pesetas.	28 febrero 1863.	8 agosto 1905.	15	4	23	Subinspector de Sanidad interior.
1	D. José Call Morros. Con 11.000 pesetas.	6 julio 1858.	Idem.	15	4	23	Inspector de Sanidad de Madrid.
4	D. Miguel Trallero y Sanz.	13 julio 1868.	Idem.	15	4	23	de Barcelona.
5	Adolfo Robles y Vallecillo.	24 febrero 1860.	Idem.	15	4	23	del Campo de Gibraltar.
11	Juan Rosado Fernández.	8 marzo 1851.	Idem.	15	4	23	de Málaga.
22	D. Leonardo Rodrigo Lavín. Con 8.000 pesetas.	6 noviembre 1867.	Idem.	15	4	23	de Cádiz.
6	José Gadea y Pró.	19 marzo 1861.	Idem.	15	4	23	de Alicante.
7	Juan Morros García.	27 junio 1867.	Idem.	15	4	23	de León.
13	Francisco Laborde Winthuyasen.	21 mayo 1853.	Idem.	15	4	23	de Sevilla.
18	Fermin López de la Molina.	7 abril 1859.	Idem.	15	4	23	Auxiliar en la Inspección general.
19	Florencio Porpeta Llorente.	30 noviembre 1862.	Idem.	15	4	23	jefe técnico de los servicios de Sanidad interior.
20	Manuel López Comas.	17 marzo 1867.	Idem.	15	4	23	Inspector de Sanidad de Baleares.
8	Felipe Sáenz Cenzano.	13 septiembre 1862.	Idem.	15	4	23	de Zaragoza.
25	Fernando Rubio Marcó.	27 marzo 1867.	Idem.	15	4	23	de Vizcaya.
27	José García Villaiba. Con 7.000 pesetas.	28 marzo 1863.	16 diciembre 1908.	12	3	15	de Murcia.
2	D. Aniceto Bercial y González.	21 marzo 1866.	8 agosto 1905.	15	4	23	de Huesca.
3	Wistano Roldán Gutiérrez.	23 enero 1864.	Idem.	9	10	20	Excedente.
8	José Clara Pinal.	3 octubre 1858.	Idem.	15	4	23	Inspector de Sanidad de Castellón.

9	Manuel Jimeno Eguzbide.	27 octubre 1856.	Idem.	15	15	4	de Navarra.
10	Mario González Segovia.	7 septiembre 1852.	Idem.	15	15	4	de Badajoz.
12	Mariano Morales Rillo.	29 diciembre 1873.	Idem.	15	15	4	de Santander.
16	Celestino Martínez de Argenta.	6 abril 1863.	Idem.	15	15	4	de Jaén.
17	Pablo Deo Benosa.	21 febrero 1857.	Idem.	15	15	4	de Tarragona.
24	Arturo Cubells Blasco.	30 septiembre 1870.	Idem.	15	15	4	de Albacete.
29	Adolfo Monfied y Escudero.	12 diciembre 1853.	Idem.	15	15	4	de Logroño.
31	Mariano Sáinz García.	12 noviembre 1858.	Idem.	15	15	4	de Gerona.
32	Domingo Aniel Quiroga.	18 noviembre 1878.	Idem.	15	15	4	de Burgos.
40	Francisco Bécares Fernández.	3 noviembre 1874.	27 enero 1906.	11	11	4	de Oviedo.
43	Julián Van-Baumberghen.	28 febrero 1876.	27 mayo 1915.	11	5	7	de Canarias.
21	D. Miguel F. Fernández Alcázar.	20 diciembre 1862.	8 agosto 1905.	15	15	4	de Ciudad Real.
28	Valentín Matilla y Pinilla.	2 noviembre 1855.	Idem.	15	15	4	de Zamora.
34	Joaquín Febrel y Esteras.	21 marzo 1849.	Idem.	11	11	4	de Soría.
36	Antonio Figueroa López.	4 septiembre 1872.	Idem.	11	11	4	de Huelva.
37	Carlos Ferrand López.	7 febrero 1876.	Idem.	11	11	4	de Córdoba.
39	Aureliano Ximénez del Rey.	17 octubre 1871.	Idem.	11	11	4	de Lérida.
42	Emilio Domínguez Fernández.	29 junio 1877.	Idem.	11	11	4	de Lugo.
44	César Sebastián González.	30 diciembre 1881.	27 mayo 1915.	5	5	4	de Granada.
45	Enrique Bardají y López.	22 diciembre 1883.	Idem.	5	5	7	de Cáceres.
46	Julio Alonso Marco.	2 mayo 1879.	Idem.	5	5	7	de Alava.
47	Rafael Fernández y Fernández.	1 febrero 1880.	Idem.	5	5	7	de Coruña.
48	Gabriel Ferrer y Obrador.	29 septiembre 1879.	Idem.	5	5	7	de Almería.
49	Vicente Rasneros Díez.	3 junio 1878.	Idem.	5	5	7	de Avila.
50	Pedro Blanco Grande.	4 octubre 1884.	Idem.	3	3	7	de Guadalupe.
51	José Luis García Boente.	16 diciembre 1891.	29 mayo 1917.	3	3	17	de Orense.
52	D. Eustaquio González Muñoz.	8 diciembre 1887.	Idem.	3	3	17	de Toledo.
53	Amador Rosique Albaladejo.	17 mayo 1895.	Idem.	3	3	17	de Segovia.
54	Tomás Pesset Alexandre.	17 septiembre 1889.	Idem.	3	3	17	de Guipúzcoa.
55	Joaquín de Prada F. Mesones.	3 marzo 1888.	Idem.	3	3	17	de Salamanca.
56	Ramón Fernández Cid.	12 julio 1890.	Idem.	3	3	17	de Palencia.
26	Miguel Peña y López.	19 febrero 1864.	16 marzo 1906.	11	11	9	Excedente.
14	Luis encina Candevat.	7 mayo 1863.	8 agosto 1905.	2	2	28	Disfrutó 4.000 pesetas. No ha disfrutado sueldo.
30	José Molina Martos.	Idem.	Idem.	3	3	17	Idem.
33	Francisco Blanco Arranz.	12 julio 1860.	Idem.	3	3	17	Idem.
35	Francisco Llorca Lloret.	23 febrero 1867.	16 enero 1907.	3	3	17	Idem.
38	Eduardo Méndez del Caño.	5 enero 1873.	12 julio 1909.	3	3	17	Idem.
41	Mariano Gómez Ulla.	6 noviembre 1877.	Idem.	3	3	17	Idem.

Madrid, 14 de enero de 1921.—El Inspector general de Sanidad, Manuel M. Salazar.—(Gaceta de 27 enero).

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPAMAJOR L., y Estaño coloidal.
LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34.—Valencia

FIRMUGENOL
(Nombre registrado)

ESPECIFICO DEL ESCROFULISMO
Compuesto de ioduro ferroso estable, arsénico orgánico y principios vegetales tónicos de la nutrición y depurativos, en forma de JARABE
Literatura y muestras a su autor: PEDRO DE LA ROSA, Farmacéutico. Pola de Gordón (León).

MINISTERIO DEL TRABAJO

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Visto el expediente instruido por el gobierno civil de Toledo para cubrir la vacante de Vocal técnico médico de la Junta provincial de Reformas Sociales:

Resultando que, habiéndose publicado en el *Boletín Oficial* de la provincia la convocatoria para el concurso que preceptúa la Real orden de 29 de julio del corriente año, transcurrió el plazo señalado sin que se presentara instancia ninguna en solicitud de la vacante:

Vistas las disposiciones vigentes, y de acuerdo con el informe del Instituto de Reformas Sociales, S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que cuando quede desierto el concurso prevenido en la citada Real orden de 29 de julio de este año, ocupe la vacante de Vocal técnico médico de las Juntas provinciales de Reformas Sociales el vocal técnico de la Junta local de la capital de la provincia, o sea el médico más antiguo de la capital; nombramiento que será comunicado a este Ministerio y a la Real Academia Nacional de Medicina, y que durará hasta la renovación de la Junta provincial, momento en el que se anunciará nuevamente la vacante en la forma prescrita en la Real orden de 29 de julio.

Lo que de Real orden le participo a V. I. a los efectos oportunos.—Dios guarde a V. I. muchos años.—Madrid, 15 de diciembre de 1920.—*Cañal*.—Señor subsecretario de este Ministerio.—(*Gaceta* de 18 diciembre 1920.)

Ministerio de Instrucción Pública

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Vista la consulta elevada por el señor decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, referente a los obstáculos que en la práctica se presentan para el exacto cumplimiento de lo dispuesto en la circular de la Subsecretaría de este Ministerio, fecha 28 de mayo último,

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

1.º Que las instancias que deban presentarse con sujeción a lo establecido en el apartado A) de la citada circular, solicitando la incoación de los expedientes sobre expedición de títulos profesionales, podrán dirigirse los interesados desde el punto de su residencia, bien sea de la Península o del extranjero.

2.º En los casos en que los interesados se encuentren fuera del sitio en que radique el establecimiento en que hayan verificado sus estudios deberán autorizar a otra persona para que efectúe el depósito de los derechos correspondientes y firme el papel de pagos; y

3.º Que las instancias procedentes del extranjero tendrán que ser reintegradas con el timbre correspondiente antes de ser presentadas.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde a V. I. muchos años.—Madrid, 27 de diciembre de 1920.—*Portago*.—Señor subsecretario de este Ministerio.—(*Gaceta* de 5 de enero.)

MINISTERIO DE HACIENDA

EXPOSICIÓN

SEÑOR: Desde hace tiempo viene haciéndose sentir la necesidad de dotar a la Facultad de Medicina de la Universidad Central y su Hospital Clínico de edificio conveniente para que la enseñanza se desenvuelva en condiciones apropiadas y tan delicados servicios de los locales en que se encuentran hoy, que decorosa y humanitariamente son inadmisibles.

Teniendo esto en cuenta se constituyó por Real decreto de 20 de octubre de 1911 y Real orden de 10 de diciembre de 1915 una Comisión, formada por catedráticos y arquitectos, encargada de elegir el terreno para ello, habiendo señalado una parte de la Moncloa, que no es necesaria para los servicios del Instituto Agrícola de Alfonso XII, constituida por tres parcelas, conforme se determina en el plano autorizado el 12 de enero de 1919 por el director de la Escuela Especial de Ingenieros Agrónomos.

En su vista, y sin que los terrenos que se indican dejen de constituir parte integrante de la Moncloa, el ministro que suscribe tiene el honor de someter a la consideración de V. M. el siguiente proyecto de decreto autorizando se destinen dichos terrenos para la Facultad de Medicina y Hospital Clínico en esta corte.

Madrid, 30 de diciembre de 1920.—SEÑOR: A los reales pies de V. M.—*Lorenzo Domínguez Pascual*.

REAL DECRETO

A propuesta del ministro de Hacienda, y de acuerdo con mi Consejo de ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Se autoriza al ministro de Instrucción pública para construir un edificio con destino a Facultad de Medicina y Hospital Clínico de esta corte en la finca denominada La Moncloa.

Art. 2.º Los terrenos que se dedican para este objeto son tres parcelas de ocho hectáreas próximamente, señaladas en el plano autorizado por el director de la Escuela Especial de Ingenieros Agrónomos en 12 de enero de 1919 y lindando con el antiguo solar de San Bernardino, el Instituto Rubio, el Asilo de María Cristina y el Cerro del Pimiento, y separadas por la alambrada del Campo de Demarcación de la Granja del Instituto Agrícola de Alfonso XII.

TOLUDEN
Pelrid's C.º, New-York

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno, bals. Peruriano, etc. El más moderoso cicatrizante y antiséptico de heridas. La más reciente aplicación de la moderna química a las necesidades de la actual cirugía.

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

Ayuntamiento de Madrid

Art. 3.º Por el Ministerio de Hacienda se adoptarán las disposiciones convenientes para la inmediata entrega de los referidos terrenos al de Instrucción pública.

Art. 4.º Del presente decreto se dará cuenta a las Cortes.

Dado en Palacio a treinta de diciembre de mil novecientos veinte.—ALFONSO.—El ministro de Hacienda, *Lorenzo Domínguez Pascual*.—(*Gaceta de 1.º enero*).

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,7; ídem mínima, 705,4; temperatura máxima, 11º8; ídem mínima, 1º0; vientos predominantes, NE. NNE. N.

Continúa el estado de la salud pública siendo el propio de la estación que atravesamos, sin que aparezcan con caracteres epidémicos las dolencias que en otros años aumentaban la cifra de la mortalidad. Son frecuentes los afectos catarrales de los órganos respiratorios, los reumatismos y las exacerbaciones de las dolencias crónicas del corazón y los riñones.

En la infancia predominan también los estados catarrales.

Mortalidad de Madrid en enero de 1921, comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico social

	Promedio anterior.	Enero de 1921
Fiebre tifoidea.....	19	15
Tifus exantemático.....	1	»
Viruela.....	26	1
Sarampión.....	18	»
Escarlatina.....	2	4
Coqueluche.....	9	2
Difteria.....	10	10
Gripe.....	111	11
Otras epidemias.....	5	5
Tuberculosis pulmonar.....	177	132
Idem meníngea.....	14	23
Otras tuberculosis.....	23	19
Cancerosas.....	61	61
Meningitis.....	89	53
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	100	88
Orgánicas del corazón.....	169	178
Bronquitis aguda.....	209	111
Idem crónica.....	102	66
Pulmonía.....	60	47
Bronconeumonía y otras.....	264	145
Enteritis (menores de dos años)...	59	59
Apendicitis y tifitis.....	2	6
Hernias y obstrucciones.....	15	22
Cirrosis hepática.....	12	18
Nefritis.....	60	65
Septicemia puerperal.....	7	4
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	62	67
Senectud.....	73	64
Otras enfermedades.....	317	287
TOTAL.....	2.075	1.545

Varones..... 764
Hembras..... 781

Promedio diario de mortalidad de enero en el quinquenio anterior..... 66,94
Idem id. id. en diciembre de 1920..... 49,84
Idem id. id. en noviembre de 1920..... 46,68

Fallecidos diagnosticados de fiebre tifoidea en enero de 1921.

Por distritos	Por grupos de edades			Por grupos de cinco días	
		V.	H.	T.	
Centro.....	2				Del 1 al 5 4
Hospicio...	5	Menores 1 año	»	»	» 6 al 10 4
Chamberí..	»	De 1 a 4 id.	»	»	» 11 al 15 2
Buenavista.	2	De 5 a 9 id.	»	»	» 16 al 20 3
Congreso ..	1	De 10 a 14 id.	2	1	» 21 al 25 1
Hospital...	3	De 15 a 19 id.	2	1	» 26 al 31 1
Inclusa....	»	De 20 a 39 id.	2	4	6
Latina.....	»	De 40 a 59 id.	1	1	2
Palacio....	1	De 60 en adite.	»	»	
Universidad	1	S. clasificación	1	»	1
TOTAL... 15	TOTAL....	8	7	15	La última defunción ocurrió el día 26.

Comparación por grandes grupos de edades

	Promedio anterior	Enero de 1921
Menores de un año.....	346	264
De uno a cuatro años.....	269	136
De cinco a diez y nueve años.....	144	110
De veinte a treinta y nueve años....	281	191
De cuarenta a cincuenta y nueve años.....	371	343
De sesenta en adelante.....	659	500
Sin clasificación.....	5	7
TOTAL.....	2.075	1.515

OBSERVACIONES

Continúa el descenso de la mortalidad en relación con los promedios correspondientes a la época del año.

Han fallecido casi la mitad que en enero del 1920, pues entonces murieron 3.059. Desde marzo último la mejoría ha sido continua, rehaciéndose la fecundidad cuyo descenso precedió a la aparición de la gripe en 1918. En el mes que estudiamos han nacido vivos 1.877, produciendo un acrecimiento biológico de la población de 332 habitantes.

La fiebre tifoidea, que en diciembre anterior causó 19 óbitos, ha bajado a 15 en éste. Los detallamos en un cuadro análogo al del mes precedente para que pueda ser comparado por los aficionados a leer estos datos. Sólo añadiremos que los cinco del distrito del Hospicio, el más cargado, murieron en cinco barrios distintos. Lo mismo sucedió en los restantes.

Por viruela falleció un niño de once meses en la Ronda de Segovia.

Ha sido diagnosticada de *encefalitis letárgica* una hembra, de treinta y cinco años, casada, fallecida en la calle del Reloj.

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.

Ayuntamiento de Madrid

Crónicas

Del Congreso Internacional de Urología.—Comunican de Quito, que la Facultad de Medicina de París ha invitado al Gobierno del Ecuador a asistir al Congreso Internacional de Urología, que se reunirá en París en el próximo mes de junio, bajo la presidencia del doctor Félix Leguen.

El ministro de Instrucción, Sr. Vascones, designará dos médicos de la Facultad de Quito para que representen al Ecuador.

Epidemias en Cattaro.—Comunien de Roma, que un telegrama oficial anuncia que el cólera y la peste bubónica hacen estragos en Cattaro y en otros puntos de Dalmacia.

La población en Bilbao aumenta.—El censo de población de Bilbao alcanza, según los datos últimos, la cifra de 118.000 habitantes.

En 1900 la población era de 83.306 habitantes de hecho y 81.956 de derecho, y en 1910, de 91.583 de derecho y 92.116 de hecho.

El Asilo de Vallehermoso, el Ayuntamiento y el gobernador.—El asilo de Vallehermoso es un edificio propiedad del Ayuntamiento que está cedido a la Junta de Protección a la infancia y destinado a recoger y asilar niños desvalidos.

Como muchas de nuestras instituciones benéficas, se halla absolutamente abandonado de todo patronato y la estancia de los acogidos en él más les perjudica que otra cosa.

Recientemente el concejal socialista Sr. Saborit, ha girado una visita a dicho establecimiento y la impresión que de ella sacó, no pudo ser más triste.

«Hay más de 50 criaturas con sarna y con tiña. Muchas tienen enfermedades en los ojos, y carecen casi todas de ropas para abrigarse.

Duermen por parejas, en camas que no reúnen condiciones.

El edificio tiene departamentos húmedos, inadecuados a lo que se les destina.

La instrucción que se les da es lamentabilísima, sin material y sin auxilio oficial alguno.

Basta decir que hasta la capilla del Asilo está en condiciones tales de abandono, que las hermanas decían, con razón:

—Por aquí señor, nadie, viene. Nos tienen abandonadas, y para mayor escarnio llaman a esto caridad...

Las monjas, en efecto, están muy mal pagadas, y no hay que decir cómo lo estará el resto del personal.

Por lavar la ropa, sin colada, contaminando las enfermedades de un niño a otro, ganan unas pobres mujeres cinco duros al mes, y tres las que limpian.

Además, hay otro peligro: lindando con el Asilo está el Grupo escolar de Vallehermoso, y los niños que acuden a estas escuelas municipales son 800.

Cualquier indiscreción de los pequeños puede hacer que las enfermedades contagiosas hagan presa en esa falange de criaturas, y la catástrofe sería espantosa».

Por el contrario, el señor gobernador es optimista y aludiendo a esta denuncia contra los servicios del Asilo de Vallehermoso, ha manifestado que dicho establecimiento benéfico es sólo un local de tránsito, en el que permanecen los niños hasta que son destinados a un Asilo adecuado a sus condiciones personales.

Rebatió el marqués de Grijalba las acusaciones lanzadas contra el citado establecimiento, agregando que cuantas personas se interesen por la infancia pueden visitar Vallehermoso, y así podrán convencerse de las injustificadas censuras que contra dicha institución han sido dirigidas, y que con los ingresos obtenidos por la Junta de Protección a la Infancia se han iniciado varias obras de reforma en el Asilo de Vallehermoso, y, entre ellas, la de construir un pabellón de nueva planta.

Ahora más que nunca, y en vista de la contradicción de las opiniones, se hace necesaria una visita de inspección para depurar las responsabilidades, corregir las deficiencias o cerrar el Asilo antes de que se produzcan lamentables consecuencias.

Niño restablecido.—Ha reingresado en el Colegio del Príncipe de Asturias el niño Daniel Martínez, quien desde el mes de junio pasado venía sufriendo una grave pleuresía del lado izquierdo, con múltiples complicaciones que hicieron necesaria una asistencia tan esmerada como celosa por parte del personal del Colegio y de los médicos señores Francés, Sarabia, Caveng y varios otros que por el enfermo se interesaron. En el mes de noviembre fué necesaria su traslación al Hospital del Niño Jesús, en cuya sala de distinguidos se le instaló, y fué operado por el Dr. Arquellada, con resección de una costilla, por el procedimiento de Eslander.

El simpático paciente ha vuelto a ingresar el miércoles 15 en el Colegio, completamente restablecido de su larga y penosa enfermedad.

Al presente número se acompaña un prospecto del LABORATORIO Y FARMACIA AMERICANA, Carrera de San Jerónimo, 1, Madrid, informativo sobre la CREMA GELVA y ANTI-PERNIO BEL, cuya lectura recomendamos.

LABORATORIO DE ANALISIS DEL DOCTOR GIRAL. Análisis clínicos (orinas, esputos, sangre, etc.); agrícolas (tierras, abonos, etc.); metalúrgicos (minerales, combustibles, etc.); bromatológicos (aguas, vinos, etc.); de productos y drogas diversos.—Atocha, 35. Tel. M. 33. Farmacia y laboratorio del doctor Giral.

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización

conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial-Argensola, núm. 4, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

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