

# 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:

<b>Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO</b> J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa. L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa. J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos. V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII. L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid. A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina. A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	<b>Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL</b> A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina. F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes. J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid. B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inocua y Colegio de la Paz. T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid. F. HUERTAS Del Hospital General. Académico de la de Medicina. F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular. Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	<b>Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ</b> G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina. M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina. J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General. B. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa. S. PASCUAL Y RIOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense. A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	<b>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington. J. SANCHIS SANUS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General. J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina. F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII. L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián). R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
---	--	---	---

## PROGRAMA CIENTIFICO:

*Oleología española.—Archivo é inventario del Tesoro Oleológico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.—Oleología, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Oleológicos 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: Tumor de la segunda circunvolución temporal izquierda, sin alteración del lenguaje, comprobado en la operación, por el Dr. César Juarros.—Algo de cirugía estética de la piel, discurso del Dr. D. Vicente Gimeno Rodríguez-Jaén.—Traumatismos craneocerebrales, por Vicente Fidalgo Toto.—Investigaciones sobre la acción de la ventosa Barraquer en el cristalino durante la extracción total de la catarata, por el Dr. Leonhard Koeppel.—Periódicos médicos.

### Tumor de la segunda circunvolución temporal izquierda, sin alteración del lenguaje; comprobado en la operación

POR EL

DR. CESAR JUARROS

Suelen ser los tumores del lóbulo temporal silenciosos en su marcha y precarios en la sintomatología focal, llegando á faltar ésta totalmente cuando asientan en la zona media ó anterior (1).

El clásico y bien conocido síndrome temporal, á base de perturbación de las funciones del gusto y del olfato, en la mitad mucosa opuesta á la localización del proceso, alucinaciones, desorientación auditiva, cambios en la vida psíquica y cuando la lesión radica en el lado izquierdo, sordera verbal (2) se borra, aboceta y hace imprecisa si de una neoplasia se trata.

Claro que tal sucedido dista de ser cualidad constante, pues se han publicado observaciones contradictorias. Algunas veces su mudez clínica puede atribuirse á defectos en la exploración.

Así, por ejemplo, Cushing (3) ha llamado la atención acerca del gran valor que como síntoma orientador posee la hemianopsia, que ha de perseguirse con gran cuidado en todos los sectores. De 39 casos en que él hizo esta determinación, en 6 faltaba el defecto, en

8 había hemianopsia homónima y en 25 hemianopsia parcial.

No estriban las dificultades diagnósticas sólo en el silencio, sino también en el desconcertador relieve que en ocasiones adquieren algunos signos, como ocurría con las convulsiones de tipo epileptiforme en el enfermo de W. Hendrian (4) de tumor en el lóbulo temporal derecho y en el de sarcoma publicado por O. Singelmann (5).

En otros llena todo el cuadro la anormalidad mental, cual en el historiado por Fausto Constantini (6) donde se inició la dolencia por una fase de depresión que remitió á los tres meses para ser substituida por otra de desorientación, llanto, sitofobia, mutismo, inquietud motora y vértigos.

No es raro tampoco que los tumores del lóbulo temporal simulen etiología distinta, de ordinario abscesos, como en el caso de Lewandowsky (7) y en el de Masary y Chatelin (8).

No obstante, en medio de tal imprecisión, un hecho resalta como común la frecuencia relativa de los síndromes afásicos si el invadido es el hemisferio izquierdo, Van Geuchten (9).

Se registran infinidad de variantes. En dos enfermos de Herrmann (10) los signos de vanguardia fueron de tipo parafásico, constituyéndose posteriormente una afasia sensorial. Marcus Henry (11) ha dado á las prensas tres observaciones, llenas de interés, desde este punto



de vista. Refiérese una, á cierto hombre de setenta y cuatro años, arterioescleroso, que al cumplir los sesenta y ocho empezó á padecer perturbaciones de la memoria de los actos, amnesia de las palabras, intensa sordera verbal y desde hacía veinticuatro meses alteraciones del lenguaje hablado y escrito, desequilibrio mental y paresia del brazo derecho. En la autopsia: lado izquierdo: lesión de la parte anterior de la  $T^I$ , de la totalidad de la  $T^{II}$  y muy marcada en la mitad anterior de la  $T^{III}$ . *Gyrus frontal* normal, con excepción de su parte orbitaria y adelgazamiento en su corteza.

Nárrase en otra lo ocurrido con un hombre de cuarenta y cinco años, alcohólico, de sensibilidad defectuosa, que en los últimos años padeció ataques epilépticos. Lenguaje normal. Bruscamente afasia, paragrafia, sordera verbal, c-guera verbal. Paresia del brazo derecho. Mejoran los trastornos afásicos. Al mes convulsiones, paresia izquierda. Intervención. Derrame sanguíneo reciente en el saco dural izquierdo, intensa apergaminación, mostrándose *reblandecida toda la  $T^{II}$  incluso su parte alta*, extendiéndose tal reblandecimiento á la parte posterior del lóbulo occipital, cisura calcarina, trozo trasero de la ínsula y territorio opercular de las circunvoluciones centrales. Lóbulo frontal izquierdo y hemisferio derecho indemnes microscópicamente. El autor piensa que penetrando el foco en profundidad, interesó las vías motoras y sensoriales del lenguaje, creando así una afasia motora sin lesión de la  $F^3$ .

Ultima historia: hombre de cincuenta y tres años, con disminución progresiva de la memoria y de la comprensión de la palabra, alexia, afasia, amnesia, dificultad en el hablar y escribir espontáneos. Autopsia: reblandecimiento de la  $T^I$  y  $T^{II}$  izquierdas y de la convexidad occipital del mismo lado.

Hay otros sujetos en que todo se reduce á anormalidades de la elocución, como en el de tumor del lóbulo temporal izquierdo visto por Ingham (12), donde sólo había este signo, cefalalgia y obnubilación mental, y en el de Dercum (13) de sarcoma con la misma situación anatómica.

De tales antecedentes, que de no creerlo innecesario podríamos haber nutrido en mucho más abundante proporción, dos conclusiones resaltan: lo borroso de la sintomatología de los tumores del lóbulo temporal, hecho en que tanto lleva insistido Medea (14), y lo corriente de las dificultades del lenguaje en los de la mitad izquierda.

Veamos ahora nuestra observación:

Mujer, en las lindes de los cuarenta y siete años, M. V. P., natural de la provincia de Cuenca, casada, y sin antecedente patológico alguno merecedor de mención especial.

Había empezado á sufrir, un año antes, fuertes dolores de cabeza y mareos. Alguna que otra vez éstos se acompañaban de vómitos. Todo ello fué acentuándose, y tres meses antes de verla nosotros — 3-11-22 — por indicación del Dr. Muela, tuvo un ataque convulsivo, con pérdida del conocimiento. A partir de este día rápida disminución de la agudeza visual.

En la exploración, nada anormal, salvo anosmia y

disminución de la sensibilidad gustativa en la mitad derecha de ambas mucosas. Visión, muy defectuosa.

Es reconocida por el Dr. Márquez, que da el siguiente diagnóstico: «Atrofia papilar consecutiva á un éxtasis papilar, ¿hipertensión craneal?». La duda no era posible. Estábamos ante un tumor cerebral. La semejanza del comienzo con el del enfermo de Flatter (15) me invitó á perseguir, aun cuando sin éxito, la intervención etiológica de un traumatismo.

En cuanto á sitio, guiado por las perturbaciones del gusto y del olfato, diagnosticué lóbulo temporal izquierdo; ateniéndome á la conocida sistematización de Mingazzini (16), hube de formular la probabilidad de que fuese de la parte anterior, y guiado por la opinión de Christiansen (17), de que la aparición de síndromes apoplectiformes significa la existencia de tumor difuso é intracerebral, asigné tales caracteres al de la enferma.

Sin embargo, la falta de alteraciones afásicas me impuso terminar el diagnóstico con una interrogación, y así se lo notifiqué, en nota escrita, á la familia.

Decidida ésta á la operación, acude al prestigioso operador del Hospital de la Princesa Dr. Blanc Fortacin, que interviene con su habitual pericia, facilitando luego unas cuartillas que dicen así:

«El caso diagnosticado por el Dr. Juarros de tumor del lóbulo temporal izquierdo fué operado practicando una craniectomía á lo Cushing, previa disociación de las fibras del músculo temporal. Levantado el colgajo, veo é incindo la duramadre. Se propulsa la masa cerebral á través de la brecha. En un punto correspondiente á la segunda temporal y al pliegue curvo aparecía una zona cerebral dura y de color oscuro; en ese punto practiqué una incisión con el bisturí, que agrandé suavemente con una espátula para dar entrada al dedo. Apreció éste una masa dura íntimamente incrustada en el seno de la masa cerebral, sin plano de despegamiento, y cuyas prolongaciones se extendían hacia base y línea media.

En vista de no ser enucleable, suspendí la intervención, reaplicando la duramadre sobre masa cerebral, suturando el colgajo osteoplástico en forma valvular; es decir, impidiendo, mediante una resección de los bordes de la rodaja ósea, que ésta estableciera unión cicatricial con el marco de la brecha practicada. Fué, en una palabra, una intervención descompresiva.»

Muerte á los tres días, siendo imposible conseguir autorización para la autopsia.

Presenta este caso como interés secundario la conformidad con las ideas de Mingazzini en cuanto á localización y la confirmación de las de Christiansen, y como particular transcendencia, la falta de signos de afasia, lo que, sin ser excepcional, pues existen ya observaciones en que faltaban, no obstante radicar el tumor en el lóbulo temporal izquierdo, como la de F. Giannuli (18) y la de Stanojevic (19), en donde se halló un enorme tubérculo solitario, es suficientemente raro, sobre todo por encontrarse invadido el pliegue curvo.

Es un desacuerdo radical con las principales teorías



de la afasia. Según la de Charcot y sus discípulos ortodoxos, debiera haber presentado la enferma modificaciones de tipo de afasia sensorial.

De confirmar la doctrina de P. Marie por abarcar el tumor una gran parte de la zona llamada de Wernicke, hubiéramos hallado, por lo menos, huellas de alguna dificultad para la comprensión del lenguaje.

De haberse mostrado de acuerdo con las ideas de Dejerine, se habría presentado ceguera verbal, por estar interesado el pliegue curvo.

Para constituir un argumento en pro de la opinión de Monakow, fuera precisa la existencia de una afasia sensorial.

Claro, que podría invocarse la posibilidad como en múltiples discusiones ha sostenido Dejerine, de que se tratase de un cerebro zurdo; pero sería bien raro que esta cualidad se limitase á los centros del lenguaje sin repercusión sobre los de los miembros torácicos.

No creemos lícito intentar malabarismo alguno explicativo, y con haber publicado la observación poniendo de relieve sus peculiaridades, estimamos cumplido nuestro deber.

#### Índice bibliográfico del artículo.

- (1) A. Thomas, en *Traité de Pathologie Médicale*, París, 1921.
- (2) H. Claude: *Maladies du système nerveux*. París, 1922.
- (3) Cushing: *Brain*, XLIV, pág. 341, 1921.
- (4) W. Hendrian: *Inaug-Dissert Greifswald*, 1919.
- (5) O. Singelmann: *Inaug Dissert Isiel*, 1919.
- (6) F. Constantini: *Policlinico*, XXVIII, núm. 11, 1921.
- (7) Lewandowsky: *Medizinische Klinik*, núm. 27, 1908.
- (8) Massary y Chatelin: *Soc. de Neurol. de París*, 8-5-13 R. N.
- (9) Van Geuchten: *Les maladies nerveux*. Lovaina, 1920.
- (10) Herrmann: *Zeitschr f d ges Neurol u Psych.*, H 1/2, 1922.
- (11) M. Henry: *Acta med. scandinav.*, LV, pág. 486, 1921.
- (12) S. D. Inghem: *Proceedings of the Pathological Society of Philadelphia*, vol. XVIII, 1916.
- (13) Dercum: *The Journal of nervous and mental Disease*, núm. 1, 1912.
- (14) E. Medea: *Pensiero Medico*, núm. 12, 1912.
- (15) Flater: *Monatsschr f Unfallheilk u Versicherungen*, med., núm. 1, 1922.
- (16) G. Mingazzini: *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, núm. 12, 1913.
- (17) V. Christiansen: *Les tumeur du cerveau* (v. francesa), 1921.
- (18) F. Giannuli: *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, núm. 7, 1917.
- (19) Stanojevic: *Arch. f Psychiatrie u Nerveukramkh*, 45, 1922.

Abril 5 1923.

## ALGO DE CIRUGÍA ESTÉTICA DE LA PIEL

DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL DR. D. VICENTE GIMENO  
Y RODRÍGUEZ JAÉN Y CONTESTACIÓN DEL EXCELENTÍSIMO  
SR. D. ANGEL PULIDO, EN LA REAL A. N. DE MEDICINA  
EL 6 DE MAYO DE 1923

Excelentísimo señor:

Señores:

No sería franco si no os dijese que en este momento me siento de veras emocionado. El sitio y la ocasión me impresionan hondamente. Y esto, que habéis de considerarlo bien natural en todos los casos análogos, está justificado de sobra tratándose de mi persona. La suerte, por muy deseada quizás demasiado generosa conmigo, ya que me trajo aquí por vuestra bondad, me ha colocado en una situación difícil que sólo puedo salvar acogiéndome prudentemente á una necesaria modestia. Me impone también no poco temor el ocupar el mismo sitio en el que brillaron tan ilustres varones como Federico Rubio, Luis Guedea y Juan de Azúa, á quien directamente vengo á substituir. ¡Substituir! ¡Reemplazar! Admitidme estas palabras aunque reconozco que no son las más propias por no acoplarse á mis escasos merecimientos. Culpad, sin embargo, á nuestro léxico, que, á pesar de su riqueza, no me da otras para expresarme con ellas en este acto á que obliga el automatismo reglamentario de nuestras Academias.

No sería para con vosotros sincero si no os dijese igualmente que el llegar hasta aquí fué siempre uno de mis anhelos profesionales. Me hizo una injustificada ambición demasiado atrevido, pero me ha obligado en cambio, con gran contentamiento mío, á una gratitud eterna por vuestra benevolencia. ¡Cuán lejos de mi ánimo la idea de que había de venir tan pronto! No extrañéis que hasta yo mismo me pregunte: «¿pero soy yo quien viene á llenar el mismo hueco que dejaron aquel querido é ilustre maestro el Dr. Guedea y Calvo y la relevante personalidad científica del Dr. Azúa?» Discípulo del primero fuí yo, y perdonado tendré que ser por vosotros al recordarle aquí; discípulo era suyo en aquel curso en que esta Corporación lo elegía para suceder al doctor Rubio. ¡Días felices aquellos en los que en alegre compañía festejábamos juntos su entrada en esta casa! ¡Qué de recuerdos acuden á mi memoria! ¡Quién hubiera podido decirme entonces que habría de ser yo el que, andando el tiempo, llegara á este sitio que él honró con su talento y que más tarde el ilustre Azúa hubiera debido ocupar si la muerte no le hubiera cerrado el paso!

\*\*\*

Aunque una costumbre creada más por el afecto y la cortesía que por exigencia reglamentaria no me lo impidiera, yo acudiría gustoso á cumplir el deber de dedicar al que me precedió en este sitio el tributo de consideración que su memoria pide. Voy á hacerlo y para ello no haré uso de la hipérbole por innecesaria. El más cumplido elogio que puede hacerse del Dr. Azúa es sólo recordarle. Al recuerdo aparece su figura con todo el relieve que le dieron su ciencia profunda, su laboriosidad admirable y la huella luminosa que ha dejado y que no es fácil que se extinga en la historia contemporánea de la Medicina española.

Era D. Juan de Azúa y Suárez un espíritu que no por muy estimado había llegado á ser bien conocido. Cabierto con una rudeza de carácter, que en apariencia lo aislaba del ambiente, encerraba un alma de exquisitez nada común; alentador de la nueva escuela, fué un furibundo demoleedor



de todo lo estatuido que no encuadrara en su manera de ser. Sus cosas, clásicas ya entre profesionales y profanos, preparaban á su clientela, que sabía á qué atenerse cuando á él acudía. «Hombre singular, como yo decía públicamente á raíz de su muerte; con rudeza de formas, fino en el fondo, áspero muchas veces en el decir, dijo siempre lo que quiso llevando constantemente por delante la buena fe, una recta intención y un afán grandísimo de enaltecer el nombre de su patria. Fué médico ante todo y sobre todo, pero médico moldeado en la vieja escuela clásica española, de la que supo abandonar, sin embargo, al correr de los tiempos, todo cuanto las conquistas modernas de nuestra ciencia fueron destruyendo. No envejeció nunca en su profesión; en marcha siempre, tomando esto, dejando aquello, aquilatándolo todo antes de dar su último parecer, que para muchos fué siempre la suprema verdad, demostró cuánto puede el estudio, cuánto la constancia para adueñarse de la confianza del cliente y no vegetar como el empedernido enamorado de lo antiguo que cree fijos é inmutables los principios de su tiempo.»

Nació en Madrid el 1.º de Septiembre de 1859, y dió cima el Dr. Azúa á sus estudios profesionales de Medicina en Mayo del 79, habiendo sido presidente del Ateneo de internos, en el que presentó un trabajo titulado «Sobre el ensayo del cloroformo en el parto». Con rapidez igual á la intensidad de su trabajo fué en 1880 médico de Sanidad militar; en el mismo año, de la Beneficencia municipal; en el 85, de la provincial, y en el 87 fijó ya su carácter profesional definitivo cuando fué destinado al vetusto San Juan de Dios en pleno ejercicio de especialista. El nuevo San Juan de Dios fué el objeto preferido de sus amores, en su larga época de labor profesional, que llega á abarcar cerca de cuarenta y cinco años, su vida se compenetró de tal modo con la del citado hospital, que éste parecía su propia casa.

Educado el Dr. Azúa en un ambiente constante de lucha, tuvo la merecida suerte de llegar á escalar un alto puesto en el ejercicio profesional y obtener el primer lugar dentro de la especialidad dermato-sifilográfica, y en él fué siempre su carácter de una acometividad extraordinaria. Era realmente un luchador acostumbrado á salvar toda suerte de obstáculos, en los que el máximo esfuerzo era seguido siempre del obligado triunfo. Quizás este carácter de luchador continuo y de extremista en todo le llevara en ciertos momentos de su vida á la política activa y ciertamente muy avanzada. Sus intentos tuvo de figurar una vez en candidatura que hubiera podido extrañar á muchos; á los que no han acabado aún de comprender que la política es una función social que obliga á todo ciudadano amante de su país, cualquiera que sea la profesión que ejerza, y que el servicio político debiera ser tan obligatorio como lo es el que con las armas en la mano se presta á la Patria.

La característica, sin embargo, verdadera del Dr. Azúa y la que le distinguió toda su vida fué la de su afán de enseñar que le llevaba al trabajo continuo. Es la didáctica una labor que necesita vocación apasionada y reveladora de una gran amplitud de espíritu. No sirve para enseñar sólo el que sabe, sino el que siente la necesidad de verter fuera lo que contiene su cerebro. Ser maestro es ejercer una profesión que no todos los que quieren á ella dedicarse saben cuánto tiene de difícil y cómo las dificultades pueden ser vencidas si la natural é irresistible inclinación ayuda. El enseñar puede ser oficio ó arte. La rutina hace el primero; el amor al trabajo de la cátedra forma el segundo. Y Azúa fué en ello el verdadero maestro; su vida la pasó enseñando con afición y entusiasmo.

Comenzó, siendo aún interno, por conferencias y discus-

siones acerca de temas fisiológicos, quirúrgicos y obstétricos, intensificando el trabajo al encargarse de la consulta dermatológica en el hospital de San Juan de Dios. En el año 1892 fué nombrado profesor especial encargado de la enseñanza libre de Dermatología y Sifiliografía de la Facultad de Medicina, que desempeñó continuamente con clase alterna hasta el año 1909, en el que, con arreglo á los artículos correspondientes de la ley de Instrucción pública, fué propuesto por el Consejo de Instrucción pública, el Claustro de la Facultad y esta Real Academia de Medicina para ocupar la cátedra de Dermatología que, como enseñanza oficial y obligatoria, había sido creada en 1903.

No descansó jamás en el trabajo diario y eso le permitió dominar todo el campo extensísimo de la especialidad dermatológica y sifilográfica. Pocos como yo, que pasé á su lado casi catorce años compartiendo con él modestamente la función pedagógica, pudieron llegar á conocer todos sus pensamientos en la enseñanza de las arduas materias encomendadas á su saber. El interés y el afecto me hicieron estudiarle como hombre y como maestro: bien me ayudó para ello su propio carácter, nada difícil cuando se sometía á examen cuidadoso. Seducía y producía encanto la prontitud con que se hacía cargo de las situaciones más embarazosas para el clínico y que él salvaba con una prontitud admirable. Le favorecía su rápida percepción del fenómeno patológico y el copioso bagaje de experiencia que le proporcionaba datos para resolver todos los problemas. Yo para aprender no pude tener mejor maestro, ni amigo más útil; ni tampoco consejero más dispuesto á prestarme su concurso para enseñar.

Sus lecciones, y todo en él eran lecciones, tenían una claridad que encantaba, y siempre un sabor práctico de gran atracción. Su Cátedra y el local de la Sociedad Española de Dermatología que él fundó, rebosaban de gente ávida de escucharle. Era un modelo de maestros que tendrá por muchos años difícil substitución. La Dermatología española habrá de lamentar que la muerte le arrebatara de entre nosotros antes de que le hubiera sido posible dar á luz la obra magistral que esperaban con ansia todos los que se interesan por los estudios de la especialidad en que fué autoridad indiscutible. El discurso presentado por él á la Academia para su ingreso, y que no ha mucho fué leído con arte inimitable por el Dr. Pulido, nuestro secretario perpetuo, y oído por todos nosotros con la emoción con que puede oírse una voz amiga que parece hablarnos desde otro mundo, era todo un programa de lo que su libro debiera haber sido. Ese vacío didáctico, ¿cuánto tardará en llenarse en la Medicina española!

Habremos de resignarnos á aprovechar el recuerdo de sus enseñanzas orales. El afecto de todos los que le conocimos y de él aprendimos, lo mantendrá vivo y fecundo y lo transmitirá á los que deseen aprender, aprovechando asimismo todo cuanto en revistas profesionales dejó y que forman una lista interminable de copioso provecho.

La muerte le alcanzó pocas horas después de su última lección; la infatigable labor de toda su vida tuvo algo de culpa en su fin. Cayó trabajando como un buen luchador debe caer. Nunca memoria tal mereció más ser honrada y enaltecida.

El cumplimiento del deber reglamentario me obliga á desarrollar ante vosotros un tema que, aunque libre de elección, conviene que se relacione con las materias de que se cuida la sección de Cirugía, á la que yo he de tener la honra de pertenecer. Con esto presente, y empujado por las aficiones de toda mi vida médica que me llevaron á espigar en el terreno de la especialidad dermo-sifilográfica, traigo á vuestro examen un asunto que creo digno de atención. Algo de



*Cirugía estética de la piel*, es el asunto de este discurso y he de tratarlo en el terreno de la Dermatología, á cuyo cultivo dedico mi modesta actividad hace más de diez y ocho años.

¿Qué debe entenderse actualmente por *Cirugía estética de la piel*?

La *Cirugía estética* es una parte de la *Cirugía general*, que, lindando y aun penetrando á veces en la llamada prótesis ú ortopedia quirúrgica, tiene por objeto corregir, reformar, reparar, modelar, restaurar, en una palabra, los órganos y tejidos que, por nacimiento ó evolución espontánea ó por lesiones patológicas, anteriores ó actuales, han sido deformados, alterados ó mutilados, principalmente si de este modo impiden el ejercicio de los medios para procurarse el sustento ó son causa de estados psíquicos que hacen difícil la vida en común.

Entendida así esta parte de la *Cirugía general*, fácil es admitir y comprender las aplicaciones que de ella se hacen á la piel, si se tiene en cuenta que, en definitiva, se dedica á restaurarla en todas aquellas partes del cuerpo que son visibles.

Ahora bien, conviene hacer constar que siendo tan difícil marcar los límites de la *Cirugía*, que ya no son aquellos que servían antes para calificarla de *Patología externa*, y pudiendo sólo hacerse señalando como características al agente mecánico físico que emplea, ya sea la mano sola, ya con ayuda de instrumentos, yo llamaré *Cirugía estética dermatológica* á aquella cuya terapéutica no es farmacológica ni higiénica; en cuyo caso pertenecerán á ella todos los agentes físicos utilizables, como, v. gr., la mano y el instrumento, ó recursos terapéuticos como el de la luz ó la electricidad.

\*  
\* \*

Los cuidados con fines estéticos de la piel para corregir las imperfecciones congénitas, verdaderas injusticias de la naturaleza, para modificar las deformaciones que en ella dejan las enfermedades ó para suprimir ó atenuar los irreparables estragos de los años, no son exclusivos de la época actual. Fuera antes del campo de acción directa del médico, adquirieron en la antigüedad gran importancia y perfeccionamiento. Así se explican aquellos palillos torneados que en las manos de las hábiles amasadoras atenienses realizaban inteligentemente el masaje facial; y las depilaciones practicadas por las elegantes eupatridas que, más tarde, pasaron también á ser práctica obligada de los patricios romanos, creando la tradición que ha hecho de Italia una de las cunas de la depilación con las pinzas, y que en el Renacimiento se importó á Francia con los Valois, por sus bodas italianas.

Pero todas estas prácticas y otras muchas más de la cosmética eran en realidad complemento de los afeites á que las costumbres obligaban y no método que exigiese la intervención directa del médico. ¿Cómo no, si hasta los poetas (1),

(1) Herodoto ya nos hablaba en su *Melpomene* (CLXXV) de los cuidados que las mujeres scitas dedicaban á la conservación de la hermosura del rostro, de sus hombros y de sus manos empleando las esencias de cedro y de ciprés. En la Bibliografía griega vemos á Aspasia componer dos libros de recetas inventadas y empleadas por ella (Aetius cita algunos fragmentos de esta obra singular). También Apollonius escribió un libro exprofeso sobre los perfumes. Homero, por su parte, se ocupa de los cosméticos en la *Iliada* (XXIII, 185). Los griegos decían que de lo alto del Monte Sagrado de Tesalia era de donde había descendido por la indiscreta ninfa Anone el secreto de la cosmética (Anone era la encargada de buscar é inventar los medios de embellecer el cuerpo y de sostener sus gracias; la perfumista del Olimpo.)

en los viejos tiempos de Ovidio, publicaban fórmulas y consejos, y en la Edad Media y en el Renacimiento los secretos y cuidados que encerraba el arte de conservar la belleza femenina los guardaban celosos los judíos en el fondo de sus redomas?

Hoy las prácticas estéticas han llegado ya á tomar carta de naturaleza entre nosotros los médicos, porque el problema aparentemente estético es en la mayoría de los casos un problema profiláctico de enorme interés: tal sucede, por ejemplo, con la supresión ó corrección de las concreciones escamosas seboreicas; con las pigmentaciones ó queratomas seniles, cuyo diagnóstico precoz y más pronta terapéutica disminuye cuando no llega á suprimir por completo la posibilidad del desarrollo del epiteloma; con el *naevus pigmentario* ó el *lentigo*, que pueden servir de fácil implantación de un *sarcoma*. Y aún no es esto todo; el problema estético puede ser de gran trascendencia, ya que corregir una *telangiectasia*, suprimir una cicatriz, borrar un *naevus*, reparar un labio, tal vez represente para el hombre, y más aún para la mujer, un asunto de vital importancia en sus relaciones sociales y en su misma suerte.

De aquí que la *estética quirúrgica* haya llegado á ser una especialidad y, en cierto aspecto, una rama de la *Dermatología*. Es indudable que la *cirugía estética de la piel* cuenta hoy con base sólida y con materiales abundantes: de lo empírico á lo científico existía un abismo que en el transcurso del tiempo ha sido franqueado por infatigables trabajadores. La física, la química, la mecánica aplicada han sido colocadas al servicio del hombre y éste cuenta hoy con poderosos auxiliares que le permiten hacer, deshacer, rehacer y moldear, mejorándola, el aspecto de la máquina humana.

La última tremenda guerra lo ha probado de brillante y sorprendente modo. Bien lo sabéis; esta guerra, que junto con sus tristezas nos trajo la satisfacción de poder hacer de nuevo seres humanos, de aquellos de nuestros semejantes que el olvido del más elemental de los sentimientos del hombre había convertido antes en monstruos. Si de ello cupiera alguna duda sería suficiente para disiparla considerar las curiosas series de hombres que, mutilados y horribles, volvieron á ser presentables por hábiles operaciones de *cirugía estética*. ¡Qué maravillosas transformaciones! ¡Qué pruebas espléndidas de lo que la ciencia y el arte pueden hacer cuando la inteligencia trabaja al compás del corazón que la caridad conmueve! Esos hombres reformados nos enseñan algo en que no se acierta qué admirar más: si el arte de la *estética* aplicado á modificar la cubierta cutánea, ó la tenaz paciencia que debió emplear para su objeto el artífice.

Y lo más singular de ello, aunque sea explicable, es que para lograrlo, en lo que á la *estética quirúrgica de la piel* se refiere, no ha tenido el práctico que usar en todas ocasiones el cuchillo que corta y separa: le son suficientes con frecuencia instrumentos diminutos que cual armas inverosímiles por su tamaño hacen útil oficio de pequeños escoplos, buriles y

Aristoto fué uno de los que primeramente propusieron el empleo de pomadas para los cabellos antes de los banquetes.

Los poetas se ocuparon mucho de la belleza, y á este propósito dieron fórmulas de *estética cosmética*, Marcial, que los llamaba *Artes Metuendissimas*, Cátulo, Tibulo, Propertio, Horacio, Juvenal, Plinio, Suetonio y Ovidio, que escribió su *De medicamine faciei* y *Los cosméticos* (poema del año cuarto antes de Jesucristo). *De medicamine faciei* es un pequeño poema sobre el arte de cuidar la cara. Es una de las partes del *Remedio de amor*, en el que el poeta da la fórmula de las diversas pomadas para quitar las manchas de la cara y los granos de la piel y en el que, después de los secretos de la composición, revela los de la manipulación é indica con una exactitud rigurosa la dosis de cada ingrediente.





martillos con los que se raspa, se monda (1), se escarifica, quedando relegadas hoy las que debieron parecer operaciones cruentas, á ser simples prácticas de cincelado y pulimento.

\* \*

Se puede intervenir desde el punto de vista de la estética quirúrgica de la piel en dos circunstancias distintas y de dos maneras diferentes. Primero, en los casos en que se trata de una neoplasia maligna como el epiteloma ó el sarcoma, ó molesta como el fibroma molluscum, ó cuando estamos en presencia de lo que constituye un objeto de fealdad remediable. Ante estos problemas que miran á la verdadera terapéutica lo mismo que á la estética de la piel, ya que muchas veces el deseo de la salud se confunde en el cliente con el horror á la fealdad, es preciso practicar operaciones relativamente aparatosas que debieran ser encargadas al verdadero cirujano, si es que el mismo dermatólogo no quisiera tomarlas á su cuenta. Otras son las circunstancias que concurren en los casos en que se trata de pequeños tumores superficiales que exigen insignificante intervención ó de lesiones que, aun siendo extensas, no deben ser combatidas por una exéresis formal, sino por ligeras y repetidas operaciones modificadoras que corresponden en todo tiempo al dermatólogo y que caen dentro de las exigencias de la pequeña cirugía estética de la piel. Claro está que en la práctica diaria estas dos series de casos se confunden. Por eso creo que todos ellos debieran pertenecer á la labor del especialista de enfermedades cutáneas.

\* \*

Admitida una clasificación de dermatosis, se echa de ver por su simple lectura cuán grande es el número de aquellas á las que cabe aplicar la estética quirúrgica. Y, sin embargo, todas las indicaciones y procedimientos pueden incluirse en tres grupos: el de la extirpación, el de la reparación y el de la modificación.

Dentro de la necesaria brevedad puede hacerse el sumario de cuanto abarcan.

Es el primer grupo el de las indicaciones y procedimientos de extirpación. Refiérese á separar de la superficie de la piel todos aquellos elementos anormales, v. gr., los neoplasmas superficiales, los tubérculos, los nevo, etc., ó los que haciendo en ella relieve la afean ó deforman, v. gr., los neoplasmas internos, los quistes, las lesiones dependientes de procesos de desviación de la nutrición, como grasas en exceso, que exigen la exéresis del panículo adiposo, las ptosis de órganos como las mamas, caderas, omoplatos, etc. Para esto se utilizan con fines estéticos medios quirúrgicos puros (anestesia general, operación reglada, intervenciones directas á fin de regular la posición de los órganos por el procedimiento de los grandes despegamientos según el método de Morestin, gran instrumental quirúrgico, etc., etc.), ó se hace uso de los especialmente dermatológicos (pequeña cirugía cutánea).

(1) El poco cuidado que tenemos los médicos en no buscar palabras y voces que en nuestra rica habla castellana traduzcan fielmente las extranjeras, es la causa de los imperdonables galicismos de que están empedradas nuestras revistas y nuestros libros.

Las palabras castizas de *raspado* ó *legado* son las que deben substituir á la de *ruginación*, que ni siquiera tiene origen latino. Cosa parecida puede y debe decirse de *curetage*, porque en nuestra lengua debe ser traducida por *monda*, puesto que el francés *curer* es el español *mondar*. Pase el admitir palabras nuevas que no tengan entre nosotros equivalentes; pero olvidar nuestro Diccionario y nuestra gramática en caso contrario, es lamentable en toda persona culta.

Compréndese en este grupo todo aquello que exige una intervención operatoria, la de la ablación, que, á la vez que curativa, puede ser reparadora, considerando siempre á esta última desde el punto de vista estético. Es esta intervención la operación quirúrgica por excelencia: aquella en la que se logra separar todo lo patológico y á la vez se procura que los tejidos, al cicatrizar por primera intención, lo hagan lo mejor posible, suturando colgajos cuyas condiciones anatómicas fisiológicas consientan una cicatriz lineal y estética; ó si, por el contrario, ésta no es fácil de obtener, substituir tales medios por los de las múltiples plastias.

(Continuará.)

## TRAUMATISMOS CRANEOCEREBRALES (1)

POR

VICENTE FIDALGO TATO

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

Prácticamente se describen seis formas de afasia, 1.ª La afasia motriz verdadera (afásico de Broca).

El herido no articula ó articula mal, hay perturbaciones notables de la escritura, pero puede copiar el impreso en cursiva; existe una cierta perturbación de la comprensión del lenguaje oral y de las perturbaciones escritas, perturbación de ordinario poco apreciable. La causa anatómica es una lesión de la corteza del pie de la tercera frontal.

2.ª La afasia motriz subcortical, ó afasia motriz pura, está caracterizada únicamente por la abolición ó alteración del lenguaje articulado.

Ella es debida á la sección de las fibras nerviosas que parten del centro de Broca.

No cito las otras formas de afasia que establece Carlos Chatelin en su obra «Heridas del cerebro», porque no tiene aplicación inmediata al caso concreto que historiamos (2).

Se observaba en Albino Fernández una disminución muy acentuada de la capacidad intelectual en general, cosa mucho más importante que la pérdida del sentido en las palabras.

Hecho un examen metódico, se echa de ver que no es solamente el lenguaje el que está atacado, sino que existe un déficit considerable, sobre todo del *stock* de cosas aprendidas por los procedimientos didácticos. Al ingreso en nuestra clínica el día 5 de Septiembre de 1918, rasuramos el cuero cabelludo; irrigamos la herida con bicloruro de mercurio al 1 por 1.000 por los contactos impuros que pudo haber tenido, y alcohol de 95°, y se tocaron los bordes con tintura de iodo diluida ó rebajada, dejando una gasa impregnada de permanganato de potasa al 1 por 1.000 en la infección hasta el hueso, y recubriéndolo todo con gasa esterilizada.

Se le dió una inyección de suero antitetánico, que empleamos sistemáticamente en nuestros heridos.

Tuvo por la tarde 37°,5 de temperatura; al día si-

(1) Véase el número anterior.

(2) «Blessures du crâne et du cerveau clinique et traitement», par Ch. Chatelin et de Martel, préface du professeur P. Marie.



guiente dió 37° por la mañana y 37° por la tarde. En los días siguientes la temperatura se sostuvo en la normal y subnormal.

Por la fotografía que conservábamos y se extravió se veía gráficamente que la lesión radica en la región parietal izquierdo, en su extremidad superior.

No presentó síntomas de fracturas de contragolpe en la región opuesta.

Por la hemiplejia derecha, más acentuada en el brazo y mano derecha, venimos en conocimiento de la región topográfica de la lesión localizada en la zona de Rolando, constituida por las circunvoluciones frontal ascendente y parietal ascendente, ó sea prerrolándica y postrolándica, irradiándose la fractura desde el parietal superior hacia la base del cráneo.

Las localizaciones de la zona motora comprenden además las extremidades posteriores de las circunvoluciones frontales, reservando la zona motora un cuarto para localización del miembro inferior en su extremidad superior más alta, dos cuartos de la zona para el mismo miembro superior, éste resulta el más favorecido á continuación del superior; el otro cuarto, ó sea el inferior, está reservado á la cara, palabra, boca, faringe, laringe, etc.

La lesión y sus síntomas procedían de la fractura que probablemente habría provocado hemorragia de la meníngea media, compresión general, especialmente de la porción media de la zona motora.

Los síntomas hemipléjicos se acentuaron los cuatro ó cinco primeros días.

Se discutió entre el personal auxiliar si debía practicarse la trepanación, dominando el parecer que debía abstenerse, si tendía á la reabsorción del coágulo, para no aumentar con la intervención intempestiva la hemorragia, extensión de lesiones: siendo el mejor cirujano, no el que más operaciones practica, sino el que más operaciones evita.

Este individuo debió padecer parálisis infantil por tener el lado derecho más atrofiado que el izquierdo.

Comenzó á mejorar paulatinamente, á recobrar los movimientos de la región paralizada, por lo que no pensamos más en la trepanación.

Se le practicaba el masaje del lado izquierdo.

Se acentuaba la mejoría de día en día, y sólo sentía una debilidad cerebral y dificultad ó reminiscencia para la asociación de vocablos—decía él—al leer ó escribir, estaba sometido á un continuo ejercicio de reeducación.

Con el tiempo la restitución *ad integrum* esperamos sea casi completa ó completa.

El día 5 de Octubre de 1918 salió con alta provisional para Galdames; después no lo hemos vuelto á ver.

Caso 4.º—N. N., domiciliado en la Barga, Abanto y Ciérvana (Vizcaya), de cuarenta años de edad, próximamente, de vida y costumbres irregulares, de carácter turbulento y pendenciero; con motivos baladíos provocó un gran alboroto con otros compañeros de trabajo, fuera de las labores de la mina, en la barriada obrera ya citada, para continuar imponiéndose y dominar por la fuerza y palabras groseras aprendidas en las cuadras

del presidio en donde había sido huésped durante bastantes años, pero esta terminología altisonante y ofensiva, fué recogida y contestada contundentemente por jóvenes adversarios, que de un puñetazo en la región temporal izquierda le dejaron derribado en el suelo fuera de combate.

Al levantarse siguió vociferando con denuestos y amenazas graves á sus adversarios, que ya no podía reducir por la fuerza, marchándose á su domicilio, en donde se armó de un gran cuchillo y con él se apostó, para vengar la contrariedad sufrida, en una esquina de la casa por donde creía pasarían sus contrincantes, esperándoles en vano varias horas hasta las doce de la noche. Contrariado por no haber satisfecho su sed de sangre, metióse en la cama y aquella misma noche sufrió en la cama el grave accidente de hemorragia cerebral.

Llamado á visitarle el día siguiente, como médico titular de aquel distrito, actuando en funciones de forense, como médico auxiliar de la Administración de justicia, pues en esta zona minera ocurren muchos accidentes á mano armada y el médico del partido en aquella fecha en Valmaseda, ó sea el médico forense, materialmente no podía atender á todos, y por lo tanto, no atendía á ninguno; me señalaron en la casa al peón lesionado de un puñetazo el día anterior, que se encontraba en cama, sin responder al interrogatorio, con hemiplejia completa derecha, sin conservar vestigios en la región fronto-parieto-temporal izquierda, de la violencia ó puñetazo sufrido. Atendía difícilmente al interrogatorio, y no contestaba á ninguna pregunta, la afasia era completa, lo que expresaban escuetamente los amos de la habitación, «en la última noche había quedado mudo».

Mandé el parte al Juzgado municipal calificando las lesiones de graves; pero antes habían recibido el parte de los agentes de la autoridad diciendo que en la reyerta citada no se habían esgrimido otras armas que simples bofetadas; dándole el Juzgado poca importancia á una agresión á mano limpia, en donde tantas ocurren con armas, dejó en libertad al agresor, por lo que me apresuré en las visitas sucesivas, en que el estado del herido se agravaba—con respiración fatigosa, fiebre, incontinencia de orina y materias fecales—en comunicarle al secretario del Juzgado D. Amador Ramírez, funcionario diligente y desinteresado, que no sólo se trataba de un lesionado grave, sino que su terminación sería fatal, como así sucedió á los diez días, para que tomase las medidas oportunas en la aprehensión del agresor que estaba en libertad. Al ser interrogado por el Juzgado, como no contestaba, creyeron que se burlaba.

Sólo podía confundirse esta hemiplejia con el reblandecimiento de aparición brusca; pero su etiología, el traumatismo, esclarecía el caso.

#### AUTOPSIA

Abierta la cavidad craneana, presentaba hiperhemia general de ambos hemisferios, con predominio del izquierdo; dando cortes paralelos con el cuchillo á la superficie externa de este hemisferio, descubrimos



un gran foco hemorrágico en la cápsula interna al nivel de las arterias lentículoestriadas, atacadas de arterioesclerosis, escleroma con hemorragia general, que fué la causa de los síntomas que se observaron en vida y productora de la muerte.

Los Tribunales, fundados en las lesiones vasculares anteriores á la agresión y en la predisposición inminente á sufrir en época próxima el accidente de la hemorragia cerebral espontáneamente, absolvieron al agresor. Tenemos otros casos, como el de Guillermo, San Sebastián, que recibió un tiro en la región frontal izquierda, con perforación, no sólo del hueso, sino de todo el hemisferio cerebral izquierdo, quedando detenida la bala en el lóbulo occipital correspondiente, según reveló la radiografía.

Aunque el tiro lo recibió en Pucheta, fué trasladado al hospital minero de Triano, en donde entró profundamente conmocionado, en estado comatoso, sin más señales de vida que la respiración estertorosa y el pulso retardado. No se manifestaron síntomas de foco, terminando rápidamente con la muerte.

Citaré algunos casos de la monumental obra de Duret, porque yo no he observado ningún zurdo lesionado sobre la región frontoparietal izquierda.

Del Dr. Berthomier:

N. A., caída de un árbol sobre una viga de hierro, ancha herida craneocerebral, habiendo destruido una grande porción del lóbulo frontal izquierdo.

Ni parálisis ni afasia; el herido era zurdo (Berthomier: Congreso de Cirugía 1902, pág. 405). Curación completa.

N. N., caída de una escalera sobre el lado izquierdo, afasia motriz total; no puede pronunciar ninguna palabra espontáneamente; mas el lesionado puede escribir. Hacía uso de la mano derecha.

Son muchos los casos de hemorragia cerebral, debidos á causa patológica, que al tener lugar el derrame en el hemisferio izquierdo, se afectaba en mayor ó menor grado la emisión del lenguaje, según la intensidad de la hemorragia, pero siempre é invariablemente.

También se observa déficit de la capacidad intelectual.

En Gallarta tenemos ejemplos vivos de palabra torpe, como el caso de M. Humaran, y de emisión de lenguaje balbuciente, no obstante la reeducación como los sordomudos del municipal de esta localidad, N. Ejido.

En la documentada y extensa obra de H. Duret, de 1919 y 1920, ya citada varias veces en el transcurso de este modesto y recopilado trabajo, son innúmeros los casos de zurdos ó izquierdistas que al sufrir una lesión más ó menos extensa en la región parietotemporal derecha, afectada la zona motora de Rolando, lóbulo paracentral, además de la hemiplejia izquierda, presentan afasia completa é incompleta.

Entre los muchos casos tratados en esta zona minera de Vizcaya, de traumatismo en la región temporal y parietal izquierda, no he tenido la suerte de tropezar con un zurdo ó ambidextro, pues la sintomatología de la afasia, como es corroborada por todos los observado-

res dignos de crédito, es distinta la localización en dextros é izquierdistas.

¿Cuál es la causa y razón de que en los dextros (que son en mayor número) esté localizado el lenguaje á la izquierda y en los zurdos á la derecha?

En las soledades de la vida médica rural, donde he pasado mi muy larga existencia, ni en las alturas de Triano, dispuestas á la meditación, he encontrado respuesta satisfactoria al interrogante anterior.

En los primeros años de la vida, el cerebro derecho é izquierdo es bilateral, se conserva en los ambidextros, pero en el transcurso de la vida, ejerciendo la mano derecha ó la izquierda, conserva y desarrolla las facultades del lenguaje el izquierdo ó derecho, respectivamente, ó es que el ejercicio armónico de los dos miembros superiores sostienen en equilibrio estable los elementos consecutivos de la substancia nerviosa del centro ó centros del lenguaje, del cerebro derecho ó del izquierdo. Al dar predominio á un brazo, sobre todo, parece que sufren atrofia los elementos de recepción y emisión del pensamiento hablado ó escrito, vinculados (aunque fuera indirectamente) á la zona motora cerebral. A mis dudas creo que sólo puede responder la histología en estudio comparativo de cortes en series, de cerebros derechos é izquierdos.

No he encontrado solución á mis dudas en las obras consultadas que tratan de la materia, y tan solo la obra de J. Krausse, «Cirugía del cerebro y de la médula espinal», traducción francesa, tomo II, pág. 337, deja entrever que el hecho relatado consiste en una atrofia de la substancia nerviosa, puesto que los jóvenes afásicos derechos, recobran el uso del lenguaje por el desarrollo y suplencia del derecho, y viceversa.

El número de zurdos está lejos de ser insignificante. Según M. Schafer sobre 17.074 jóvenes (8.401 niños y 8.673 niñas) de las escuelas comunales de Berlín, 4,6 por 100 eran zurdos, á saber: 5,15 por 100 de varones y 2,98 por 100 de hembras; 0,21 por 100 eran ambidextros (28 por 100 de niños, 0,15 por 100 de niñas); 95,73 por 100 eran dextros (94,59 por 100 de varones y 96,86 por 100 de hembras).

El ideal, por las contingencias que pueden sobrevenir, sería hacer desde los primeros años los niños ambidextros.

#### AFASIA

El lenguaje es la traducción ó exteriorización de los hechos internos subjetivos ó psíquicos (sólo perceptibles para el sujeto mismo que los efectúa) por ciertos actos corpóreos, de significación preestablecida, ó la expresión de hechos de conciencia, por medio de signos exteriores. Cuando está perturbada la relación entre la idea y el signo que la expresa y no puede permitirse el lenguaje, entonces se establece la afasia.

Dice Trousseau: la afasia es la pérdida de una facultad, la de expresar el pensamiento por la palabra, y á menudo también por la escritura y el gesto (1).

(1) Véase *Revista de Especialidades Médicas* de 10 de Julio de 1909, núm. 260, artículo de F. Valladolid, sobre afasia.



El cuadro sintomático de la afasia fué descubierto la primera vez por Broca, dándole una base anatómica. Broca tuvo precursores; Gall, Dax y Bouillaud admitían ya una localización cerebral del lenguaje articulado; pero los hechos eran tan empíricos, sin fundamento anatómico-patológico, y las descripciones tan enrevesadas, que no merman en nada los méritos y el gran talento de Broca, que desde su primera comunicación á la Sociedad Antropológica, el 18 de Abril de 1861, abrió nueva era en los estudios de los trastornos del lenguaje. En su comunicación, fundada en el estudio clínico y necrópsico del enfermo Leborgne, Broca describía la afasia de la siguiente manera: «Hay casos en los que la facultad general está indemne; el aparato auditivo, intacto; los músculos todos, sin exceptuar los de la voz y articulación, obedecen á la voluntad; sin embargo, una lesión cerebral produce la abolición del lenguaje articulado; esta abolición de la palabra en individuos que no son ni paralíticos ni idiotas, constituye un síntoma bastante singular para poder designarlo con un nombre especial; les daría el de la afemia; yo no hablo, porque lo que me falta en estos enfermos es solamente la facultad de articular las palabras.

Entienden y comprenden todo lo que se les dice, son inteligentes, emiten sonidos vocales con facilidad, ejecutan con la lengua y los labios movimientos mucho más enérgicos que los necesarios para articular los sonidos, y, sin embargo, sus respuestas se reducen á un pequeño número de sonidos articulados, siempre de la misma manera.

Su vocabulario, si es que este nombre puede dársele, se compone de un corto número de sílabas, á veces un monosílabo que lo expresa todo, ó, mejor dicho, que nada expresa, porque las más de las veces carece de sentido. Algunos enfermos no tienen ni vestigios del lenguaje articulado; hacen vanos esfuerzos, sin pronunciar una sola sílaba.

La afemia, es decir, la pérdida de la palabra antes que todo trastorno intelectual y toda parálisis, ha sido la consecuencia de una lesión de los lóbulos anteriores del cerebro. En nuestros enfermos la lesión residía en la segunda ó tercera circunvolución frontal izquierda, más probablemente en esta última.»

Trousseau substituyó el nombre de afemia de Broca por el de afasia.

El término de afasia no comprendía más que una parte de las alteraciones del lenguaje de origen cerebral, resultando la teoría de Broca, unas veces, inexacta, y otras, insuficiente; entregándose los distintos observadores á la interpretación teórica de los hechos, establecían varias categorías de afasia, que en vez de aclarar la cuestión, la embrollan cada vez más intrincada. ¿Qué es la afasia? La pérdida de la palabra. La afasia completa no es sólo la pérdida de la palabra, sino también la de la escritura, de los gestos, de la mímica; es, en una palabra, la pérdida del lenguaje. Esta cuestión del lenguaje ha sido expuesta por Gratiolet; existe un lenguaje natural por el que se manifiesta el estado interior del individuo sin él quererlo, y existe

un lenguaje artificial por el cual el pensamiento toma cierta forma con que se expresa, según los casos, la palabra, la escritura y el gesto. Le es imposible decir el nombre de un objeto que conoce perfectamente y para qué sirve, y la conciencia que le domina de su incapacidad, la expresa por gestos de impaciencia, como ocurriría con Ollo y con Fernández Gutiérrez. Desde el instante en que aparece la afasia, el enfermo ó lesionado experimenta casi siempre trastornos intelectuales (atontamiento, pérdida de la memoria), en general pasajeros.

El afásico conserva la voluntad y el entendimiento, concibe y absorbe ideas, pero ha perdido el modo de comunicarlas á sus semejantes, y si quiere transformarlas en signos exteriores, convirtiéndolas en palabras apropiadas ó expresarlas por la escritura, es incapaz de ello.

(Continuará.)

### Investigaciones sobre la acción de la ventosa Barraquer en el cristalino durante la extracción total de la catarata <sup>(1)</sup>

POR EL

PROFESOR DR. LEONHARD KOEPPE

Esta aparejada sinergia hace pensar en reunir cada sistema por sí en una conducción al vacío y dejarlo actuar en el mismo momento, es decir, en el vacío vibratorio alterno, por lo tanto, no como hasta aquí en el vacío vibratorio sencillo. Entonces, ambos sistemas se unen cada uno, con una conducción aspirante y obran alternativamente aspirando, de modo que un sistema aspira, deforma y arrastra, mientras el otro en este momento permanece parado, permitiendo dar tiempo al resto de la substancia del cristalino para adaptarse mejor tanto á la ventosa en conjunto, como á las condiciones mecánicas del canal de desprendimiento que van modificándose.

El vacío vibratorio alterno actúa óptimamente y de un modo especial sobre la importante función de la deformación del cristalino. Ambos sistemas obran entonces atrayendo alternativamente el cristalino en una acción cruzada y apoyada recíprocamente, sobre el conjunto de aquel, con lo cual el vacío vibratorio eleva y ayuda en su grado máximo este efecto, por los motivos expuestos por Barraquer.

Para la obtención del generador de vacío alterno que trabaja con dos conducciones aspirantes, necesitamos el alternador construido por Barraquer. La conducción de aire á cada cavidad de la nueva ventosa debe aplicarse de tal modo, que las pequeñas aberturas redondas I, II, III y IV tengan una pequeña abertura en la profundidad de la cavidad, y en cambio las aberturas elípticas tengan varias repartidas uniformemente por la profundidad de la cavidad. Con esto se evita la profunda abertura unilateral de la antigua ventosa y la formación del «espacio muerto» tan perjudicial para la acción de la ventosa.

(1) Véase el número anterior.



La nueva ventosa, que por su forma de uva la llamaré «Uva», debe tener los dos sistemas de cavidades unidos entre sí de tal modo que el volumen total de la misma no resulte demasiado grande, para no dificultar más de lo admisible la extracción, y el desdoblamiento de la córnea. Las dos conducciones aspirantes están muy juntas é inmediatamente de dejar la «Uva» experimentan una curvatura relativamente pronunciada hacia adelante, respectivamente hacia arriba. La forma total exterior de la «Uva» actúa particularmente apoyando el efecto de tracción por favorecer las cuatro ensenadas del contorno exterior, esta acción tractora sobre el cristalino, principalmente porque los bordes libres así como las superficies metálicas que se encuentran entre las aberturas de las cavidades son finamente acanalados y toscos y deberían dar lugar á una elevada adhesión al cristalino.

El espacio interior entre las aberturas elípticas y redondas se ha dejado vacío, con objeto de aumentar también aquí, por los mismos motivos que en el terreno del contorno exterior, la acción tractora en el cristalino, obrando también aquí favorablemente el fino acanalado de los bordes interiores de la abertura de la «Uva».

Vamos ahora á calcular la profundidad necesaria de cada abertura de la «Uva». Partiremos de la ecuación:

$$T = ya - m = \frac{m}{2} \left( e^{\frac{a}{m}} + e^{-\frac{a}{m}} \right) - m$$

Estableciendo el valor previamente determinado  $m = 1$ , encontramos primeramente para las profundidades de las pequeñas cavidades redondas I, II, III, IV, con el radio  $a = 0,6$ :

$$T_1 = \frac{1}{2} \left( e^{0,6} + e^{-0,6} \right) - 1$$

ó

$$T_1 = \frac{1}{2} \left( 2,72^{0,6} + 2,72^{-0,6} \right) - 1$$

Esto da para  $T_1$  el valor:

$$T_1 \sim 0,2 \text{ mm} \sim \frac{a}{3}$$

Ahora tenemos todavía que aumentar esta profundidad por la altura del arco de la bóveda esférica del cristalino en estado de no acomodación (1).

Esta altura del arco resulta, según la fig. 7.<sup>a</sup>, por la fórmula:

$$s = r - \sqrt{r^2 - a^2} \quad (\text{III})$$

En ella es, según la fig. 7.<sup>a</sup>, el punto  $m$  el centro de la curvatura esférica del cristalino. Si  $r = 10 \text{ mm.}$ ,  $a = 0,6 \text{ mm.}$ , entonces resulta  $s = 0,02 \text{ mm.}$  Por lo tanto,  $T_1$  tiene el valor:  $T_1 = 0,22 \text{ mm.}$

(1) También por la elasticidad del cristalino dirigida perpendicularmente á la superficie del mismo resultaría un nuevo ahondamiento de la cavidad de la ventosa, principalmente porque el cristalino en estado de no acomodación posee el máximo de su tensión elástica. Tomado en rigor, debería también tenerse en cuenta en el cálculo la substancia del cristalino descomponible en cilindros elásticos extendidos y en normales dirigidos hacia la superficie del cristalino, si fuera posible encontrar para esto una expresión matemática.

Para las dos aberturas elípticas verticales encontramos:

$$T_2 \sim 0,65 \text{ mm.}$$

Como se ha explicado arriba, escogemos  $T_2$  como valor patrón; es decir, según la ecuación III, este valor debe multiplicarse por  $s = 0,06$ , correspondiendo  $a = 1,1$ . Esto da:  $T_2 \sim 0,7 \text{ mm.}$  Proporcionalmente resulta para las cavidades  $C$  y  $D$ , siendo  $s = 0,07$ :

$$T_3 \sim 0,85 \text{ mm.}$$

Estas cavidades son en conjunto relativamente más planas que en la antigua ventosa, cuya cavidad máxima era de un milímetro, aproximadamente.

Comoquiera que el módulo de elasticidad del cristalino cataratoso, que suponemos es de 0,1 como término medio, varía con la edad, clase, consistencia y uniformidad del enturbamiento, así también las indicadas profundidades de la «Uva», lo mismo que las medidas de las demás dimensiones de cavidad de la «Uva», representan valores medios aproximados que deberían ser apropiados para el gran promedio de todas las cataratas.

Para pequeñas pupilas, sinequias y complicaciones parecidas, sería recomendable escoger una «Uva» proporcionalmente más pequeña.

Para conseguir una mejor adaptación á la forma total de la superficie esférica del cristalino, la superficie total de la «Uva», con todos los bordes de las aber-



Fig. 7.<sup>a</sup>

turas, debe ser encurvada esféricamente, con un radio de curvatura de unos 10 mm.

Entonces la «Uva», en conjunto, obra ya hasta cierto punto como un espacio vacío aspirador, y las cavi-



Fig. 8.<sup>a</sup>

dades de la ventosa propiamente dichas representan entonces cavidades secundarias de esta gran cavidad. Las figuras 7.<sup>a</sup> y 8.<sup>a</sup> dan una idea de ello.

## V. OBSERVACIONES EPICRÍTICAS

En este último capítulo de nuestro trabajo, queremos hacer todavía algunas observaciones finales.

Primeramente, algunas palabras sobre el efecto máximo que teóricamente cabe esperar de la «Uva». Teniendo en cuenta la circunstancia de que en la acción adherente, tractora y compresora, todas las aberturas obran en el mismo sentido y se dirigen hacia el centro de gravedad de todo el sistema, podemos deducir ciertas conclusiones para el efecto total, especialmente de las condiciones de la circunferencia de las aberturas de la antigua y de la nueva ventosa.



Si calculamos la circunferencia de la antigua ventosa y la comparamos con la suma de las circunferencias de la nueva Uva, esta relación es de 1 : 2, considerando igual en ambos casos el contenido superficial y teniendo en cuenta la abertura sin cavidad. Además, mientras el total de la substancia del cristalino absorbido, es algo mayor que en la antigua ventosa, la forma de la abertura y su disposición duplican el efecto, de modo que resulta para la Uva un efecto total tres ó cuatro veces mayor que con la antigua ventosa.

Principalmente el aumento y la duplicación de las circunferencias de las aberturas, con una superficie de abertura aproximadamente igual de toda la Uva, con respecto á la antigua ventosa, son particularmente importantes para la duplicación del efecto tractor. Pues especialmente en las circunferencias inferiores de las aberturas de la Uva hemos de buscar, en la dirección del centro de gravedad, los puntos de ataque principales de la extracción.

Gracias á la distribución de las aberturas de la Uva, que es la que corresponde á las diferentes condiciones mecánicas de la deformación, se evita una excesiva dilatación de la cápsula y el arrugamiento en las paredes de la ventosa, que, en la ventosa antigua, conducían frecuentemente á la ruptura de la cápsula.

En general, la Uva obra más favorablemente que la ventosa antigua, porque tiene frente á la superficie anterior del cristalino, una mayor superficie de ataque que aquella, lo cual hace que sea más uniforme y estable el proceso de la aspiración y elevación de todo el cristalino, y principalmente son mejor cogidas y recíprocamente equilibradas las dos partes laterales de la substancia del cristalino deformado, que están situadas en dirección nasal y temporal de la línea media.

En la ventosa antigua, á causa de tener una sola y grande abertura, el peso principal de todo el cristalino estaba limitado, durante la extracción, sobre las partes axiales y parciales de la cápsula, en un espacio relativamente pequeño, lo cual ocasionaba frecuentemente también un recargo excesivo y ruptura de la cápsula con desplazamiento de la ventosa. Este inconveniente queda evitado con las partes intermedias de la Uva.

No está todavía bien claro y necesita nuevas investigaciones, el que algunos casos de ruptura de la cápsula, con la ventosa antigua, sean debidos á la elevación accidental de la cápsula separándose de la substancia cortical durante la aspiración y absorción.

Llegado al final de este trabajo, desearía insistir una vez más en que lo precedente sólo se ha intentado, utilizando principios teóricos de la mecánica, colocar el método genial de Barraquer sobre una nueva base, mejor fundada teóricamente, así como elevar á su grado máximo la seguridad de la operación Barraquer llenando los postulados resultantes de la mecánica del proceso de extracción en la aspiración y eliminando los defectos técnicos del método.

Con este perfeccionamiento de la ventosa, podemos también esperar que en el porvenir se podrán también evitar mucho mejor que hasta aquí las complicaciones clínicas de la operación, debidas á los defectos técnicos

de la ventosa. Cabe, además, esperar que entonces los objetivos de la extracción por la ventosa—pupilas completamente negras, ningún astigmatismo postoperatorio ó muy reducido, ninguna postcatarata, curación rápida de las complicaciones—se podrán conseguir casi siempre. Finalmente, sea aún mencionado que los cálculos hechos en las anteriores líneas, se refieren al empleo de un vacío completo ó casi completo de una atmósfera á presión negativa. No obstante, teniendo en cuenta la total adaptación de las cavidades de la Uva á las condiciones mecánico-estáticas, se pueden también emplear pequeños valores de presión negativa—de  $\frac{2}{3}$  á  $\frac{3}{4}$  de presión negativa, principalmente por cuanto la elasticidad de la cápsula cataratosa—y del cristalino, oscilará, según el estado las condiciones del enturbiamiento, entre límites individuales muy amplios. Aquí debe graduarse en cada caso la presión negativa que hay que emplear por medio del dispositivo Barraquer para regular la presión, y según la naturaleza de la catarata, previamente estudiada en la lámpara (de hendidura) y la edad del enfermo y demás circunstancias secundarias. A pesar de todo, también con sesiones negativas menores de una atmósfera se podrá obtener una completa adaptación de la substancia de la cápsula y del cristalino en las cavidades de la Uva, y con ello una mayor seguridad en la extracción, porque todas las constantes mecánicas de las cavidades de la Uva están de acuerdo con la teoría. Especialmente las complicaciones técnicas de la operación de la ventosa—desplazamiento y ruptura de la cápsula—se han reducido por estos motivos al mínimo de probabilidad, ya con el empleo de presiones negativas inferiores á una atmósfera, lo cual quedará confirmado con el empleo práctico de la «Uva».

\*\*

No quiero cerrar estas consideraciones sin dar al señor profesor Dr. Ignacio Barraquer mis más cordiales gracias por haberme permitido el estudio de los procesos mecánicos durante las operaciones con la ventosa hechas en mi presencia. También le estoy altamente agradecido por la realización práctica de la construcción de la «Uva» y por su práctico empleo.

#### VI. LISTA DE LITERATURA.

1. Gullstrand A. citado por v. Helmholtz, *Hanbuch der physiol. Optik*, III, 1911.
2. Barraquer, Ignacio.

#### Bibliografía.

Barraquer (I.), Barcelona.—«Extracción ideal de la catarata»: *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía*, Mayo 1917; *EL SIGLO MÉDICO*, Abril 1917; *Higia*, Mayo 1917; *España Oftalmológica*, Mayo 1917; *Clínica Malagueña*, Junio 1917; *Revista Hispano-Americana de Ciencias Médicas*, Junio 1917; *Gaceta Médica Balear*, Junio 1917; *Segovia Médica*, Julio 1917; *Terapia*, Octubre 1917; *Revista de Medicina y Cirugía*, Mayo y Diciembre de 1917; *Regeneración Médica*, Junio 1918; *Revista Cubana de Oftalmología*, Julio 1918.

«Sobre mil facoerisis»: *La Medicina Ibero*, Agosto 1919; *España Oftalmológica*, Septiembre 1919; *Anales de la Socie-*



*dad Mexicana de Oftalmología*, Junio 1922; *Revue Générale d'Ophthalmologie*, 1291.

«Crítica de los métodos modernos de extracción de la catarata»: *España Oftalmológica*, Septiembre 1919; *EL SIGLO MÉDICO*, Enero 1920; *La Clinique Ophtalmologique*, Abril 1920.

«Phacoerisis, extraction du cristallin dans sa capsule à l'aide de l'irisiphaque»: *Annales Oculistiques*, Juin 1920.

«Sobre facoerisis»: Actas de la XI Asamblea de la Sociedad Hispano-Americana de Oftalmología, Septiembre 1920; *Revista Cubana de Oftalmología*, Enero 1921; *Archives d'Ophthalmologie*, Avril 1921; *La Medicina Ibero*, Octubre 1920; *EL SIGLO MÉDICO*, Enero 1920; *Revista Cubana de Oftalmología*, Abril 1921, Mayo 1921.

«Phacoerisis»: *American Journal of Ophthalmology*, October 1920; *Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología*, Diciembre 1921; *Revista Cubana de Oftalmología*, Abril 1921; *EL SIGLO MÉDICO*, Mayo y Junio 1921.

«Deux facons de faire l'extraction totales par phacoerisis»: *Annales Oculistiques*, Juin 1921; *Archives d'Ophthalmologie*, Novembre 1921.

«Technique de la phacoerisis»: *La Clinique Ophtalmologique*, Juin 1921.

«Extracción del cristalino en su cápsula, por medio del erisifaco»: *Revista Cubana de Ophtalmologia*, Enero 1921.

«Sur la phacoerisis»: *Annales d'Oculistique*, Novembre 1920; *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, Mayo 1921; *La Clinique Ophtalmologique*, Juin 1921.

«Die phacoerisis»: *Ophtalmologische Gesellschaft in Wein*, Abhandlungen 1921.

Barraquer (J. A.), Barcelona.—«Un procede d'extreme douceur pour l'extraction in toto de la cataracte»: *La Clinique Ophtalmologique*, Juin 1917; *España Oftalmológica*, Mayo 1917.

«Quelques indications de la phacoerisis»: *La Clinique Ophtalmologique*, Juillet 1917.

«La extracción ideal de la catarata»: *EL SIGLO MÉDICO*, Octubre 1917.

«La phacoerisis ou l'extraction totale de la cataracte par le Dr. I. Barraquer, de Barcelona»: *Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Ophtalmologie*, 1920.

Márquez (M.), Madrid.—«Los procedimientos ideales para la extracción de la catarata»: *EL SIGLO MÉDICO*, Junio 1917.

«La extracción in toto de la catarata y la extracción clásica por quistitomia»: *EL SIGLO MÉDICO* (número extraordinario), Mayo 1920.

«Discusión en la XI Asamblea de la Sociedad Hispano-Americana de Oftalmología»: *Archivos Hispano-Americanos de Oftalmología*, Octubre 1920.

«Consideraciones históricas y críticas acerca de la catarata y su tratamiento»: *EL SIGLO MÉDICO*, Diciembre 1921; *Esculapio*, Junio 1921.

Wieden (J.), Valencia.—«Sobre el procedimiento Barraquer de la extracción in toto de la catarata»: *EL SIGLO MÉDICO*, Junio 1917; *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, Julio 1917.

«Extracción de una catarata en su cápsula con el erisifaco de I. Barraquer»: *EL SIGLO MÉDICO*, Agosto 1918.

«Congreso oftalmológico en Bruselas»: *España Oftalmológica*, Abril 1920.

«Procede de Barraquer»: *Revue Générale d'Ophtalmologie*, Mai 1921.

Castresana (B.), Madrid.—«Nuevo procedimiento de la ventosa para la extracción de la catarata»: *EL SIGLO MÉDICO*, Mayo 1918.

«Procedimiento de la ventosa para la extracción de la catarata»: *España Oftalmológica*, Octubre 1918; *La Clinique Ophtalmologique*, 1919.

Rochon Duvigneaud, París.—«L'extraction chirurgicale de la cataracte et l'arrachement du cristallin»: *Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Ophtalmologie*, 1919.

Van Lint, Anvers.—«Discussion á la Société Française d'Ophtalmologie»: *Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Ophtalmologie*, 1919.

«L'operation de Barraquer»: *Bulletin de la Société Belge d'Ophtalmologie*, Décembre 1921.

Thomson, Londres.—«Cataract extraction by suction»: *The British Journal of Ophthalmology*, 1920.

Gallemaerts (E), Bruselas.—«Discussion á la Société Française d'Ophtalmologie», 1920.

«Extraction totale de la cataracte par l'irisiphaque de Barraquer»: *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, Janvier 1921; *España Oftalmológica*, Febrero 1921.

«Vingtquatre extractions totales de la cataracte par l'irisiphaque de Barraquer»: *Annales d'Oculistique*, Mars 1921; *Archives d'Ophtalmologie*, Novembre 1921.

Veil (M.), Strasbourg y Landolt, París.—«Discussion á la Société Française d'Ophtalmologie», 1920.

Knusel (O.), Aarau.—«Erisipakie»: *Revue Générale d'Ophtalmologie*, Juillet 1921; *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunden*, Junio 1921.

«Facoerisis, según Barraquer»: *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, Octubre 1921.

Fuchs (E.) y Muller, Viena.—«Untersuchendein ophtalmologische gesellschaft in wein»: *Abhandlungen*, 1921.

Rossigneux, Geneve.—«Methodes modernes d'extraction de la cataracte»: *Revue Générale d'Ophtalmologie*, Aout 1921.

Green, San Francisco.—«Barraquer operation»: *American Journal of Ophthalmology*, Agost 1921.

De Saint Martin, Toulouse.—«A propos de la phacoerisis Barraquer»: *La Clinique Ophtalmologique*, Septembre 1921.

«Extraction totale de la cataracte par le procede de Barraquer»: *Toulouse Medical*, Novembre 1921.

Marbaix, Tournai.—«Reflexions sur trois cas d'extraction de la cataracte dans sa capsule par la ventouse de Barraquer sans vide vibratoire»: *Annales d'Oculistique*, Novembre 1921.

«Quelques reflexions sur le Barraquer»: *Bulletin de la Société Belge d'Ophtalmologie*, Décembre 1921.

Smith (H.), India Inglesa.—«The Barraquer operation for catarats»: *British Journal of Ophtalmology*, Diciembre 1921.

Weekers, Lieja.—«L'operation de Barraquer»: *Bulletin de la Société Belge d'Ophtalmologie*, Decembre 1921.

Gonin, Lausanne.—«Untersuchendein ophtalmologische in wein»: *Abhandlungen*, 1921.

## Periódicos médicos.

### OFTALMOLOGIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Hemorragias juveniles del vítreo y tuberculina, por el Dr. F. Ed. Koby.—Se refiere á un caso personal del autor, un joven de diez y nueve años, que presentó pequeñas hemorragias en la periferia del vítreo, más acentuadas en el ojo izquierdo y en el que el Wassermann fué negativo y la cutirreacción y los antecedentes positivos.

Como tratamiento, el Dr. Koby empleó la alt-tuberculina de Koch, poniendo 30 inyecciones á las dosis infinitesimales corrientes (dos en semana). El resultado fué nulo en el ojo



mejor, el derecho; mientras que en el izquierdo se presentaron tres agravaciones al día siguiente en dos veces, y á los dos días en otra vez, de haber puesto la inyección de tuberculina; con lo que la visión disminuyó considerablemente. Entonces empleó la aminotionina en pomada (dado su gran valor revulsivo) y la agudeza visual mejoró hasta ser un poco mayor que antes del tratamiento tuberculínico.

El autor considera, con buena lógica, estas agravaciones (nuevas hemorragias), con el uso de la tuberculina antigua de Koch, como *verdaderas reacciones focales de origen tuberculoso*.

También indica, el poder cambiar de tuberculina, empleando, por ejemplo, la emulsión bacilar.

*Nota.* —Nosotros creemos que la antigua tuberculina de Koch es mejor como medio de diagnóstico, y, en cambio, la emulsión bacilar vale más como medio de tratamiento. (*Revue Générale d'Ophthalmologie*, Junio 1922, —DR. MARÍN AMAT.

**2. La retinitis exudativa en sus relaciones con la angiomasia de la retina, por la doctora Gourfein-Welt (Ginebra).**—Trabajo de la Clínica Oftalmológica del profesor Gourfein y dividido en cuatro partes.

En la primera, la autora describe las afecciones retinitis exudativa (enfermedad de Coats) y angiomasia retiniana (enfermedad de Von Hippel).

En la segunda, hace mención de su caso personal (desde el punto de vista clínico), y que es el que motiva la publicación. Se refiere á un joven de diez y seis años, en el que el examen oftalmoscópico en el ojo izquierdo demostró la presencia de un foco blanquecino, especie de una membrana ligeramente flotante, situado entre la papila y la mácula, y una vena retiniana muy dilatada y tortuosa en el espesor del foco blanquecino. En el ojo derecho se observó un pequeño foco alargado, de color rojo oscuro, situado en la región macular y en relación directa con un pequeño vaso tortuoso.

Dos meses después se presentaron numerosas hemorragias en el ojo izquierdo, sobre la retina y en el vítreo, aparecieron sinequias posteriores, gran enturbiamiento del vítreo y un glaucoma sobreagudo que reclamó la enucleación.

La tercera parte está dedicada al estudio anatomopatológico del ojo enucleado. Las principales alteraciones encontradas son el desprendimiento total de la retina, la que aparece muy aumentada de espesor, la presencia de un gran derrame subretiniano y múltiples lesiones de naturaleza vascular, conjuntiva y pigmentaria. Las alteraciones vasculares consisten, especialmente, en el aumento, en el número y la distribución en grupo, en forma de angioma, en un sitio de la retina; en hemorragias abundantes en las capas externas de la retina, haciendo irrupción en el espacio subretiniano.

Las alteraciones conjuntivales están determinadas por extensas neoformaciones en las capas posteriores de la retina y en el espacio subretiniano. Y las modificaciones en el pigmento se refieren á acúmulos en las capas externas de la retina. Además, existían muy numerosos fagocitos, cristales de colesterolina, alteraciones de la neuroglia, necrosis circunscritas en la retina y focos de coroiditis.

La cuarta parte del trabajo está dedicada á poner en evidencia la naturaleza típica del caso, con la enfermedad de Coats, en el que además existía una angiomasia de la retina; deduciendo que la neoformación vascular no ha sido secundaria á la retinitis exudativa, sino que es por el contrario la angiomasia la alteración primitiva, y la retinitis exudativa la secundaria, y para ello deduce también el que en el ojo derecho existe una pequeña neoformación angiomasia.

Y por fin, la quinta parte presenta las conclusiones, que son: 1.<sup>a</sup>, la afección del ojo enucleado era una angiomasia de la retina, en su última fase; 2.<sup>a</sup>, supone el autor que gran número de casos descritos como retinitis exudativa, no son sino angiomasia de la retina; 3.<sup>a</sup>, el origen angiomasia de la retinitis exudativa habla en contra de su naturaleza infecciosa; 4.<sup>a</sup>, el aparecer ambas afecciones en sujetos jóvenes del sexo masculino, habla en favor del origen angiomasia, y 5.<sup>a</sup>, la afección descrita por Coats con el nombre de retinitis exudativa no es una entidad morbosa. Los casos publicados tienen distintos orígenes. (*Revue Générale d'Ophthalmologie*, Abril de 1922).—DR. MARÍN AMAT.

## PARASITOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Un caso de distomatosis hepática, por el doctor Louvot.**—Joven de diez y seis años, que se queja de embaraço gástrico, cefalea, náuseas frecuentes, sobre todo por la mañana. Además, acusa un dolor sordo en el lado izquierdo; nada de apetito; á veces elevaciones térmicas. Presenta este estado desde hace un mes, con intermitencias. Se repiten los síntomas en forma de crisis, á veces con ictericia, fiebre, é hígado un poco aumentado, doloroso á la percusión. Eosinofilia, 9 por 100. Heces macroscópicamente normales. Al examen microscópico, huevos de distomas. Tratamiento: timol, 0,25 gramos por sello. Los dos primeros días, dos sellos; tercero y cuarto día, cuatro sellos; quinto día, purgante por la mañana y dos sellos durante el día. Durante este tiempo no se observa nada en las heces; al día siguiente tampoco; al otro día, dos deposiciones bastante líquidas, en las que se descubren dos distomas enteras y restos de una tercera, identificadas con la *Fasciola hepática*. (*Journ. des Praticiens*, núm. 11, 17 de Marzo de 1923.)

**2. Veintidós observaciones de abscesos amibianos del hígado, tratados por la emetina, por G.-L. Hartmann-Keppel.**—Aunque todos los autores están de acuerdo acerca de la eficacia de la emetina en el tratamiento de la amibiasis hepática y de la hepatitis aguda amibiana, existen, en cambio, divergencias de opinión respecto á la eficacia del mismo medicamento en el absceso hepático definitivamente formado. El autor hace un estudio sobre esta cuestión, basado en los resultados obtenidos en 22 casos de esta afección, describiendo con detalles las observaciones clínicas correspondientes. De los 22 enfermos, 14 han sido curados por la emetina, y dos, tratados quirúrgicamente, han tenido recidivas, curadas luego por la emetina. Por tanto, con la emetina ha tenido diez y seis éxitos, y tres fracasos en auténticos abscesos hepáticos, de volumen á veces respetable. El autor cree, además, que si los abscesos del hígado son cada vez más raros, se debe á que la emetina administrada en la disentería amibiana obra también como preventivo; en cambio, es poco eficaz en los abscesos microbianos. Sin embargo, esto no quiere decir que la emetina sea ó la misma ipecacuana sean los únicos agentes y basten para el tratamiento de los abscesos del hígado. Esta afección es recidivante, y el disintérico queda expuesto potencialmente al absceso durante toda su vida, por lo cual hay que tratarlos constantemente con la emetina. (*Revue de Chirurgie*, núm. 2, 1923.)

## TERAPEUTICA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Notas sobre un caso de lepra tuberculosa tratada por inyecciones intravenosas de Stibenyl, por R. G. Ar-**



**chibal.**—El autor ha tratado un caso temprano de lepra tuberculosa ó nodular, por inyecciones intravenosas de antimonio coloidal. Después de 10 inyecciones, en total 1,5 gramos de sulfuro de antimonio coloidal, las lesiones habían desaparecido casi por completo. Sin embargo, el enfermo no pudo continuar el tratamiento y no volvieron á tenerse noticias suyas. En vista del resultado obtenido en el caso anterior, trató el autor otro caso de lepra nodular, de cuatro á cinco años de fecha, por lo tanto, con lesiones bastante avanzadas, con stibenyl (sal sódica del ácido p-acetilamino-fenilsubínico) en solución acuosa al 1 por 100 por vía intravenosa en días alternos (dosis sucesivas de 0,1, 0,15, 0,20, 0,40, 0,50, 0,60 gramos) Descanso de catorce días y repetición del tratamiento anterior. Después de haber sido inyectados 7,80 gramos del medicamento, ó sea en la cuarta serie de inyecciones, se observaba una notable mejoría; habiendo desaparecido casi todos los nódulos, el aspecto leonino de la cara y una ulceración nasal que presentaba el enfermo, no se observaron más que algunas náuseas y algo de diarrea como consecuencia del tratamiento. Una albuminuria ligera que presentaba el enfermo, no parece ser una contraindicación del tratamiento con este preparado. Además de la mejoría clínica, el medicamento parece ejercer un efecto determinado sobre los grupos de bacilos leproso que se observan en los frotos de los nódulos y del moco nasal; antes del tratamiento predominaban las formas bacilares, pero después, la mayor parte de ellas habían sido reemplazadas por formas cocoides, y las pocas formas bacilares habían perdido sus caracteres de homogeneidad. (*The Journ. of Tropical Med. and Hygiene*, núm. 21, Noviembre 1921.)—E. LUENGO.

**2. El tratamiento de la fiebre tifoidea por la opoterapia de los órganos de defensa, por el Dr. Bayle.**—Fundado el autor en los notables resultados obtenidos por él en la tuberculosis por la opoterapia esplénica, pensó que no se trataba sólo de una medicación particular, sino más bien de un método general, la opoterapia de los órganos de defensa. Además, su razonamiento le llevaba á concluir que, en los sueros pasteurizados, el elemento activo curativo, era la secreción de los órganos de defensa del animal inoculado. Por lo tanto, los extractos de ciertos órganos mezclados en cantidades convenientes, deben lógicamente, sin hacer intervenir ningún elemento microbiano, obrar como un suero. Según Bayle, el extracto de bazo, asociado al de cápsulas suprarrenales, ha dado los resultados esperados. En todos los casos de gripe, de fiebre tifoidea, de neumonía y de sarampión en que lo ha empleado, se ha comportado como un suero, produciendo desde las veinticuatro horas después de la primera inyección, una sedación clara de los síntomas generales, obraudo rápidamente sobre la temperatura y acortando de una manera muy clara el ciclo de la enfermedad, hasta el punto de obtener la curación de la fiebre tifoidea, por término medio, en doce días. En el adulto las inyecciones son de 10 c. c.; se hacen dos inyecciones en dos días seguidos; después de dos días de reposo, se hace una nueva serie de dos inyecciones y así sucesivamente hasta que baje la temperatura. Una fiebre tifoidea necesita de 4 á 8 inyecciones. Bayle ha hecho preparar dos mezclas, una con dosis fuerte de suprarrenal, la otra, con dosis débil, apenas un poco menos activa que la primera. En la tifoidea utiliza siempre la primera (*polyvaline A*), salvo en los individuos hipertensos, ateromatosos, bríhticos, afectos de nefritis aguda, con angina de pecho, epilépticos ó diabéticos, en los que emplea la segunda (*polyvaline B*). La dosis de cualquiera de ellas es de 10 c. c. por inyección en el adulto. En los niños de cinco años y menores de esta

edad, emplea la dosis débil á razón de 1 c. c. por año de edad. El sitio de elección de las inyecciones es el tejido celular subcutáneo abdominal, siendo, en general, bien toleradas, aunque, sin embargo, resultan algo dolorosas; en los individuos sensibles puede inyectarse previamente novocaína. En cuanto al régimen alimenticio en los enfermos de tifoidea, Bayle emplea únicamente el caldo de legumbres, de cereales y las infusiones azucaradas, estimando que la cantidad de agua absorbida debe ser, por lo menos, de tres litros por día en el adulto. Proscribe la leche de una manera absoluta, por ser causa de fermentaciones (*Le Courrier Médical*, núm. 6, 12 de Febrero de 1922).—E. LUENGO.

## UROLOGIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Quiste hidatídico retrovesical operado por la vía transvesical.**—El Dr. J. Nin Posadas comunica el siguiente caso clínico:

E. S., de treinta y seis años de edad, italiano, casado, industrial, residente en Estación el Paraíso (F. C. C. A.), ingresa á la sala 6.<sup>a</sup> del Hospital Alvear el día 21 de Noviembre de 1922, ocupando la cama H.

Manifiesta que siempre ha sido sano, no habiendo padecido de ninguna enfermedad venérea. Hace un año, sin motivo alguno, tuvo una retención completa de orina, por la que fué necesario sondarlo. Después fueron presentándose con más frecuencia, cada mes, cada quince días, hasta hace una semana, en que se ve obligado á recurrir al cateterismo para evacuar la vejiga. Nota al mismo tiempo que las micciones se hacen más frecuentes cada media hora, tanto de día como durante la noche. No hay ningún dolor en el acto de las micciones. La orina ha sido siempre clara, límpida, sin sedimento, recordando que sólo una vez ha emitido unas cuantas gotas de sangre al fin de una micción. Nota también que su vientre ha ido aumentando de volumen paulatinamente, hasta alcanzar el que actualmente tiene, molestandole para la ejecución de ciertos movimientos, provocándole fatiga y experimentando una sensación de pesantez interior.

El vientre funciona irregularmente, cada cuatro ó cinco días, cosa que no sucedía antes, por lo que se ve obligado al uso frecuente de laxantes. Las funciones sexuales se han ido debilitando paulatinamente, hasta llegar á la impotencia.

Se trata de un sujeto de regular estatura, bien constituido, musculoso, con regular panículo adiposo.

La inspección revela la existencia de un abdomen abultado, con una prominencia redondeada y lisa, más pronunciada en la parte superior, extendiéndose desde el ombligo al pubis, ocupando toda su parte mediana. Su aspecto es el mismo que presenta una vejiga en las grandes retenciones de orina.

Por la palpación se descubre la existencia de un tumor duro, liso, ligeramente renitente, que se extiende desde el pubis hasta el ombligo, de forma piriforme, con la base hacia el ombligo, redondeada, más bien esférica y como del tamaño de una cabeza de feto. No presenta movilidad alguna.

La percusión da una matitez absoluta del pubis al ombligo, que á su nivel se extiende á 0,07 centímetros de la línea media por cada lado y á 0,03 centímetros al nivel del pubis.

El tacto rectal permite reconocer una próstata pequeña, lisa, regular, normal, notándose por encima una superficie tensa, lisa, que corresponde á la pared vesical posterior.

Con el tacto combinado, haciendo presión sobre la por-



ción más saliente del tumor, se llegó á percibir un choque con el extremo del dedo introducido en el recto.

La evacuación vesical no determina ninguna modificación en el volumen y forma del tumor. La vejiga se evacua completamente, sin quedar residuo alguno; su capacidad es de 200 c. c., no siendo sensible ni al contacto ni á la distensión.

Con todos estos antecedentes sospeché hallarme ante un caso de quiste hídrico de localización prevesical. Una punción exploradora practicada á 0,03 centímetros por debajo del ombligo, en el punto más saliente del tumor, dió salida á un líquido incoloro, transparente como «agua de roca». Esto vino á cimentar más mi diagnóstico, aunque su análisis no reveló la presencia de ganchos, y sí la de una mínima proporción de urea, que en el primer momento atribuí á una infiltración por las relaciones de contacto entre el tumor y la vejiga. Luego, la escasa porción de aguja que fué necesario introducir para dar lugar á la salida del líquido quístico, me vino á convencer más sobre el diagnóstico de la localización prevesical del tumor, la que, como se verá más adelante, resultó errada.

En vista de todo esto, resuelvo operarlo secundado por mi jefe de clínica, Dr. R. Méndez Casariego.

**Operación.**—24 de Noviembre de 1922.—Anestesia clorofórmica. Preparado el campo operatorio, procedo como para una talla hipogástrica, practicando una incisión de 0,08 centímetros. Separados los músculos rectos, no hallo la atmósfera grasosa prevesical que habitualmente ocupa la cavidad de Retzius, percibiendo en su lugar una superficie lisa, tensa, abovedada, de color blanco azucarado, con tendencia á exteriorizarse, prolongándose hacia arriba en la dirección del ombligo y muy adherida á la cara muscular posterior de los rectos, sobre todo hacia el lado derecho, donde su desprendimiento se hace imposible. Las adherencias en el lado opuesto son menores, lo que permite su desprendimiento hacia afuera, sobre todo el largo en una extensión de 3 ó 4 centímetros. Igual cosa que con el lado derecho ocurre en la parte superior, lo que me decide á ampliar el largo de la incisión.

Visto la tensión y renitencia de la masa tumoral que tenía bajo la vista, practico una nueva punción en su punto más saliente, tal vez coincidiendo con el de la anterior. Bastó la penetración de un centímetro de la aguja para que por la simple presión del contenido del quiste ascendiera el pistón de la jeringa, llenándose ésta de un líquido absolutamente claro y transparente.

Esta nueva punción no hacía más que confirmar el diagnóstico, y en consecuencia procedí inyectando en la cavidad del quiste una solución formolada al 2 por 100. Retirada la aguja, practiqué en el mismo sitio una punción evacuadora con un trócar grueso, que permitió la salida de una buena cantidad de líquido transparente, cristalino, acompañado de la expulsión de vesículas hijas, que obstruían á cada instante la luz del trócar.

El diagnóstico quedaba, pues, confirmado.

Coloco dos pinzas erina, una de cada lado del trócar, y lo retiro tratando de agrandar el orificio, haciendo con las tijeras una incisión de 5 centímetros. Encuentro una cavidad que por abajo llega hasta el pubis, y por arriba se remonta hasta el ombligo, que no contiene vesículas, y sí un líquido amarillento. Introducida una sonda por el meato, ella aparece por la herida abdominal, prueba concluyente de que lo que había abierto era la vejiga y que el quiste se hallaba más allá de la vejiga, detrás de la pared posterior, entre ésta y el recto, en el Douglas.

Reconocido mi error de localización y vista la dificultad

que había para atacar el quiste por una perineotomía á causa de la gran altura á que se hallaba colocado, lo mismo por la vía alta que por los costados vesicales, á consecuencia de las íntimas adherencias contraídas con la pared abdominal, pensé, vista la situación del quiste y la altura á que había llegado la vejiga arrastrada por el crecimiento de aquél, que lo mejor sería emplear para su ataque la vía transvesical, aunque no conocía nada sobre el particular.

Con cuidado busqué el punto de la pared posterior de la vejiga por donde había penetrado el trócar, introduciendo una sonda acanalada, que dió lugar á la salida de una porción de líquido transparente, la que me permitió identificarlo. Como en la cara anterior coloqué dos pinzas erina y agrandé la incisión á 3 centímetros, por ella salieron gran cantidad de líquido y vesículas, no habiéndome sido posible, á pesar de todas las tentativas hechas, extraer la membrana germinativa.

Fijé la pared anterior de la vejiga á la piel, tal como si se tratara de un meato hipogástrico, pero algo más amplio que lo habitual; por la uretra, una sonda Cliquet núm. 20; por el hipogastrio, un drenaje acodado de Perzer, hasta el trigono, y en la cavidad del quiste, un tubo sifón de Guyon, Apósito, etc. Posición inclinada del enfermo, semisentado en el periodo postoperatorio para evitar, en lo posible, la penetración de la orina en la cavidad quística.

La evolución seguida fué perfectamente normal; al sexto día hubo un movimiento febril que alcanzó á 39°, durando tres días, originado por perturbaciones intestinales ocasionadas por el exceso de alimentos ingeridos por el enfermo, que desapareció con la administración de un purgante.

Diariamente se le practicaban lavados de la cavidad con una solución de permanganato de potasio al 1 por 1.000, lo mismo que de la vejiga.

Al quinto día, en el curso de un lavado eliminó la membrana germinativa, ya en vía de necrosis.

Al los ocho días se retiraron los tubos de Guyon, reemplazándolos por un drenaje de goma en T, notándose al mismo tiempo la rápida disminución de la cavidad.

A los quince días, siendo ya la cavidad muy pequeña, el tubo en T se cambió por una sonda de Perzer; se quitó también el drenaje hipogástrico de la vejiga, dejando sólo la sonda permanente por la uretra.

El drenaje quístico se retiró totalmente á los veinticinco días por no existir cavidad que lo admitiera.

En observación, á la espera de lo que pudiera ocurrir, fué dejado el enfermo con su meato hipogástrico hasta el 30 de Enero de 1923, día en que, previa anestesia intrarraquídea, se lo cerré practicando el desprendimiento de los bordes vesicales, su sutura completa en dos planos, con catgut; un plano músculo-aponeurótico, y la piel.

Curación por primera intención. Alta del enfermo, completamente curado el 13 de Febrero de 1923, recomendándose por algún tiempo el uso de una faja abdominal. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 22 de Marzo de 1923.)

## 2. Extracción no quirúrgica de parafina de la vejiga.

—El Dr. David R. Melen, B.Sc., comunica el siguiente caso clínico:

**Anamnesis.**—E. W., varón, de veintitrés años, nos fué enviado el 16 de Enero de 1922, por los Dres. T. J. Goundry y W. J. Gibson, con la información de que tenía un lápiz en la vejiga. Los antecedentes eran negativos. Había sido siempre fuerte y sano, y no había consultado á ningún médico antes. La enfermedad actual comenzó cuatro días antes de su primera visita, mientras se medía el calibre de la uretra con un lápiz comercial de color, de los que emplean los niños de escuela. En las primeras veinticuatro horas co-



menzó á pasar sangre macroscópica y algún coagulillo. La hemorragia era terminal y constaba de unas tres gotas. La poliuria empeoró progresivamente, hasta que, cuando lo observamos, orinaba cada media hora, lo que se acompañaba de dolor en la porción glandular de la uretra, que á veces se refería al recto. No había cólico renal, ni dolor más arriba á la altura de la vejiga, ni delante ni detrás. La poliuria nocturna era lo mismo que durante el día y el paciente manifestó que no había expulsado ninguna partícula del lápiz.

**Exploración.**—La orina, recibida en dos vasos, era opaca, debido á la existencia de pus y de sangre. Los genitales externos, el contenido del escroto, los anillos inguinales y el recto eran normales. Se verificó una cistouretroscopia, con una solución de procaína al 4 por 100. Se introdujo, con facilidad, un cistoureteroscopia de Brown-Buerger, de tamaño 18 francés, sin que revelara ninguna orina residual. La capacidad vesical era de 250 c. c. Se lavó repetidas veces la vejiga, hasta que las soluciones se volvieron claras. Toda la mucosa estaba inyectada, roja y transparente, pero no se observaron áreas ulceradas. En el bajo fondo de la vejiga, detrás del surco interureteral, había dos pedazos de lápiz rojo, cruzados en forma de X. El paciente manifestó que dos días antes, en el acto de orinar, había sentido de súbito un crujido en la vejiga, y juzgó que se había roto el lápiz. Ambos meatos tenían aspecto normal. No se cateterizaron. El meato vesical y la porción posterior de la uretra presentaban, aproximadamente, una inflamación igual á la de la vejiga.

**Tratamiento y evolución.**—Al día siguiente, que era el quinto de la enfermedad, se calentaron 30 c. c. de gasolina filtrada de 70°, y 60 c. c. de petrolato líquido, á una temperatura de 40°, 6 C. y se inyectaron en la vejiga, con una sonda de Nélaton. El paciente retuvo esto durante una hora y cuarenta y cinco minutos, sin mucha molestia. Luego expulsó 300 c. c. La gasolina y el aceite flotaron á la porción superior del recipiente y se asentaron en el fondo muchas partículas rojas del lápiz. Seis horas después se repitió la inyección, que se retuvo dos horas sin molestia. El paciente estaba levantado, viniendo al consultorio para recibir el tratamiento. Al segundo día del tratamiento, la orina expulsada contenía muchos fragmentos del lápiz. Durante la micción, lo observábamos en el consultorio, cuando, de repente, se interrumpió el chorro y el paciente no pudo orinar. En el momento siguiente, expulsó un gran fragmento curvo, y en una micción subsecuente, la orina cambió de color rojo (partículas de lápiz en suspensión) á pajizo. Disminuyó mucho el dolor vesical y ureteral. El paciente se sentía muy bien y deseaba regresar á su trabajo. No se administraron más inyecciones de gasolina. Se le prescribió al enfermo exametilenamina y se le dijo que volviera al cabo de una semana. Al final de ésta, la orina ya no contenía partículas de lápiz, y la vejiga se hallaba libre de toda substancia extraña. Todavía quedaba una cistitis moderada. La tercera cistoscopia, verificada unos dos meses después, reveló que la vejiga estaba absolutamente normal.

Si no hubiera dado la casualidad de que yo hubiera leído el trabajo de Caples, este paciente se hubiera sometido, probablemente, á una cistostomía suprapúbica. Observé un caso semejante durante mi internado en el hospital. Un joven había empleado una candelilla hecha de un pedazo de bujía de parafina, é introducídosela. Cuando se observó la vejiga con el cistoscopio, la parafina había formado una masa redonda y flotante. Al paciente se le practicó la cistostomía suprapúbica, puesto que no se conocía entonces el procedimiento de Caples.

Es sorprendente observar lo bien que tolera la vejiga la mezcla de gasolina y de petrolato líquido, aun cuando haya una cistitis más ó menos aguda, como sucede por lo general. Este paciente retuvo la primera inyección hora y tres cuartos y algunas de las otras hasta cinco horas. Recibió un total de seis inyecciones de gasolina y petrolato líquido.

Los experimentos referentes á la solubilidad de varias marcas de cera y de parafina, de lápices de colores ó de candelillas de navidad, indicaron que la mayor parte de éstos se disuelven en la mezcla de un tercio de gasolina y dos tercios de petrolato líquido, en unas dos horas, á la temperatura del cuerpo. Si se agita el recipiente, se disuelve más pronto. Algunos de los lápices de colores no se disuelven en absoluto, pero sí se disuelven las substancias cohesivas que mantienen las partículas adheridas y el lápiz se desbarata. El lápiz, en este caso, era de 8.75 centímetros y de calibre 24 francés, al quitarse la cubierta de papel. Cuando se trata de la clase de lápices que se disuelven por completo, puede recobrase la parafina enfriando la orina. Esto hace que la parafina se precipite en estado sólido y entonces puede recogerse la parafina y medirse el total, en las distintas micciones.

Comunicamos el caso, para llamar la atención sobre el hecho de que no es necesario verificar una cistostomía suprapúbica ó paraperineal, para extraer cera ó parafina de la vejiga. Pudimos extraer el lápiz con el rongeur cistoscópico de Young, pero esto nos hubiera obligado á extraer y reintroducir el cistoscopio muchas veces, tomando un trocillo cada vez, debido á la friabilidad del objeto. Dado que el tamaño del rongeur es 30 francés, esto no es muy placentero para el paciente. Para el médico en general, cuando existe historia de cera ó parafina en la vejiga, no se necesita ni siquiera someter al paciente á la instrumentación, siendo muy sencilla la inyección de alguna gasolina y petrolato líquido.

**Sumario.**—Un paciente, que se había introducido un lápiz de color en la vejiga, recibió seis inyecciones de gasolina y petrolato líquido que disolvieron el lápiz. (Edición española *The Journal A. M. A.*, de 2 de Abril de 1923.)

## VIAS URINARIAS

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Tumores de la vejiga en los obreros que trabajan con colores de anilina.**—Se trata de un hecho que no tiene explicación todavía, pero que es evidente, según lo demuestran las estadísticas. En 1895 llamó Rehn la atención acerca de la frecuencia con que se presentaban tumores de la vejiga en los obreros que trabajaban en las fábricas de anilinas de Francfort y más tarde Luenberger ha observado que en los obreros de la industria de las anilinas de Basilea, los tumores de la vejiga eran 33 veces más frecuentes que en el resto de la población masculina de la ciudad. Las dos terceras partes de los tumores observados eran carcinomas, y la otra tercera parte, papilomas. Entre las substancias que parecen provocar esta formación de tumores se encuentran la safranina, la dianisidina, la dihidrothioxilina, el rojo del Congo y la benzopurina. (*Industrial Hygiene and Medicine*, 1923.)

### Excipiente inerte.

Entre un toro y un tonto, pide á Dios que te libre de éste; que del toro pueden librarte tu agilidad ó tu destreza, pero contra el tonto no hay remedio humano, sobre todo si piensa que ha tenido una idea ó un acierto.

(Ich.)



# EL SIGLO MEDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL:

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

**SUMARIO:** Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Remitido: Se impone una radical liquidación del pasado, por Manuel Martínez Saldaña. — Cuerpo de Médicos del Registro civil de España, por F. Javier Cortezo. — Los médicos habilitados de Baños, por J. Ll. P. — Sección oficial: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. — Montepío facultativo. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Estafeta de partidos. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

### Boletín de la semana.

Por algo se empieza. — Preparación conveniente. — Real Academia Nacional de Medicina. — D. Luis Ortega Morejón.

La *Gaceta* nos sorprendió hace pocos días con dos Reales decretos refrendados por el Sr. Salvatella y en los cuales se introducen algunas modificaciones bien atinadas y otras tímidas é incompletas en la constitución y funcionamiento de los tribunales de oposición para la provisión de cátedras. Por algo se empieza y nosotros no hemos de negar nuestro aplauso al joven ministro, por haber fijado su atención en las justas reclamaciones que emanaban en primer lugar de la elocuencia de los hechos mismos y luego de las observaciones que á diario se escuchaban por parte de los interesados y de vez en cuando se reflejaban por la prensa más ó menos imparcial. No tenemos la pretensión de suponer, porque en cierto modo coinciden en su espíritu con lo por nosotros repetidamente reclamado, que hayan tenido parte alguna nuestras modestas palabras para influir en el ánimo del ministro; pero claro está, que al señalar la coincidencia no hemos de dejar sin expresarle nuestro reconocimiento, por si en algo pudiésemos contribuir. Merece bien este asunto ser tratado, y lo será, aparte; pues aún se deja traslucir en la nueva disposición un encogimiento y cierta falta de resolución al tratar de poner en su justo puesto la intervención monopolizadora de los señores catedráticos de escalafón, cuando se les erige en árbitros definidores respecto de competencias, que las más veces se han creado y sostenido, aparte y aún á pesar de ellos. La experiencia nos hace temer que los competentes por ellos propuestos no dejarán de ser ayudantes, suplentes y nepotes suyos; y si no..... al tiempo.

Abiertas las Cortes, leído ante ellas con la protocolaria solemnidad el discurso del Rey, esto es, el plan de los futuros trabajos que el Gobierno propone al Parlamento y S. M. sanciona; pronunciados ante la reunión previa de las mayorías los discursos acostumbrados y en los que con mayor familiaridad que en el de la Corona se suele decir á los afiliados

y adeptos lo que el Gobierno se propone, resulta de todos estos documentos (como ahora se dice) una afirmación extraordinariamente transcendental, aunque quizás pase inadvertida para la distracción persistente de la generalidad de nuestra clase.

Es esta afirmación la que marca el propósito (á nuestro juicio el más verosímil de todos) de reformar la Ley Constitutiva del Senado. Dejando aparte lo que la cuestión tiene de enjundia política y las reflexiones que acuden á nuestra mente respecto á la necesidad hoy efectiva, pero artificialmente creada por el descuido en el cumplimiento de la sabia Ley Constitutiva anterior que hará siempre digno de alabanza el nombre del Sr. Cánovas del Castillo; dejando todas estas cosas á un lado no desistiremos de llamar la atención de los médicos, y sobre todo de los que ostentan este honroso título de senadores, sobre la necesidad de que mediten primero y se resuelvan después acerca de su oportuna intervención en los puntos que hacen referencia á las representaciones docentes, á las sanitarias, á las técnico forenses y á las profesionales.

Acerca de todos estos puntos sería conveniente abrir, y por nuestra parte la abrimos, una información escrita y pública, que podrá servir de antecedente no despreciable a los señores senadores, para la próxima ocasión en que han de intervenir ellos al resolverlo.

¿Cómo debe organizarse la representación parlamentaria de las Universidades y Centros docentes? ¿Quiénes deben constituir el censo designador de esta representación?

¿No deben tener voz los intereses sanitarios, siendo especialmente personalizados de un modo independiente ante el Senado? ¿No será digna la significación técnico-forense que como obligatoria marcan los códigos de tener también su voz en la Cámara? Por último, si como se dice se han de aceptar en el Senado las representaciones gremiales de grandes intereses colectivos, ¿no podrá admitirse un senador por cada conjunto de Colegios profesionales, es decir, uno por los Colegios de abogados, otro por los médicos, etc., etc.? ¿No estarán más justificados estos senadores que los actuales de las Sociedades económicas nominales?





¿Quién podrá negar que en los vitales asuntos de la instrucción pública, de la higiene nacional (es decir, de la vida), de la administración de la justicia, de la distribución de los impuestos y de tantas otras cuestiones *específicas*, pueden ser y son sin duda alguna de irreemplazable é inestimable valor los datos particulares que de tales colectividades puedan provenir?

Comenzamos, pues, por excitar á nuestros colegas primeramente, y en general, á nuestros compañeros de profesión, para que envíen á la prensa profesional, mejor que á la política, el resultado de sus meditaciones y de su experiencia acerca de estas cosas, más interesantes á nuestro juicio, ó cuando menos de mayor oportunidad, que muchas otras cuestiones en que se desperdicia la actividad y el ingenio sin otro provecho visible que el de algún halago personal.

Cuando reciban este número nuestros lectores, habrá ya celebrado la Real Academia Nacional de Medicina la última de sus sesiones en el presente curso. Las dos últimas no han desmerecido ciertamente de las anteriores que han constituido un ciclo verdaderamente notable en los anales de la docta casa. En la primera de ellas los Sres. Espina y Calandre expusieron interesantes casos de aplicación del electro-cardiógrafo á la observación y diagnóstico de las enfermedades del corazón, especialidad en que ambos académicos gozan de justificado renombre. El Sr. D. Vital Aza disertó acerca de las aplicaciones de la *diatermia* y de la radioterapia en el tratamiento de las anexitis genitales. El joven y elocuente académico corresponsal pudo bien advertir, por la atención y el aplauso con que fué recibido su trabajo, la importancia que se dió al mismo.

Anunciada una conferencia del Sr. Giménez Díaz, recientemente propuesto para la cátedra de Patología médica de la Universidad de Sevilla, tuvo el miércoles, 23, que ser ésta suspendida por el doloroso motivo de dejar lugar á la sesión necrológica dedicada al Sr. Ortega Morejón, fallecido el día antes. El reglamento de la Academia dispone que estas sesiones se celebren antes de ningún otro acto, y aunque esto ocasiona á veces precipitaciones y dificultades, hubo de ser obedecido el precepto.

En la referida sesión necrológica pronunció el presidente Sr. Cortezo el acostumbrado discurso, dando cuenta del fallecimiento del Sr. Ortega Morejón; tuvo frases encomiásticas y justas acerca de lo que significó la personalidad de este señor académico en sus múltiples y decididas actuaciones como jefe del Cuerpo de la Beneficencia municipal, como presidente del Colegio de Médicos de Madrid, como

senador por la Universidad Central y como hombre activo, perseverante, servicial é inteligente. Habló luego el Sr. Fernández Sanz que comentó la actuación de su íntimo amigo en los dos principales aspectos de la Beneficencia municipal y del Colegio de Médicos, y el Sr. Fernández Caro dijo elocuentes frases laudatorias en las que mencionó no sólo las condiciones personales del Sr. Ortega Morejón, sino lo que significaban como continuación de las de su señor padre y repercusión de las de su ilustre hermano el magistrado del Tribunal Supremo. Terminó esta conmemoración triste por un breve pero muy aplaudido discurso del Sr. Recasens, quien, aludiendo á las luchas electorales por él sostenidas con el malogrado compañero, hizo elevadas declaraciones acerca del comportamiento por éste observado durante la lucha y la perfecta caballerosidad que demostró después de sus triunfos.

Por nuestra parte no hemos de pasar ante tan triste asunto sin declarar leal y espontáneamente nuestro sentimiento por la muerte de un paladín en el cual nadie podrá negar un convencimiento y una abnegada actividad en la consecución de los ideales que más nos importan, y cualesquiera que hayan sido nuestros dissentimientos con el ilustre muerto, cuando creíamos desacertadas sus cuestiones, no podemos hoy negarle el debido tributo de consideración y el de dolor que transmitimos a su distinguida familia.

Siempre hemos preferido los adversarios equivocados, á los indiferentes y egoístas y creemos más perjudicial que toda iniciativa errónea, la cuquería asfixiante de la masa social.

DECIO CARLÁN

## REMITIDO

### Se impone una radical liquidación del pasado.

Accediendo á los deseos de nuestro amigo el Dr. Saldise reproducimos las siguientes líneas:

Del dominio público es que el Sr. Almarza, en una de sus briosas y fugaces arrancadas de relumbrón, que constituyeron un día la característica de su ya decadente espíritu, creyéndose injuriado por la publicación de un artículo en *Unión Médica*, dado á luz con el epígrafe «Ha llegado la hora de decir la verdad», esbozo de una biografía que, perfeccionada y ampliada, posible es aparezca en breve en escena, tuvo la infeliz ocurrencia de recurrir al Juzgado Municipal de Palacio, ante el que me hizo comparecer, á juicio de conciliación.

Que no hubo avenencia, y que de manera absoluta me ratifiqué en lo dicho y me negué á la improcedente rectificación que se me pedía, la Prensa profesional ya lo ha hecho saber.

Ahora bien; como los aplazamientos y las indecisiones nada resuelven, ni á nada conducen en estos casos; conveniente sería que el Sr. Almarza, arremetiendo con la segunda parte, procurara salir lo más pronto posible del mal paso en



que conmigo se ha metido, por dos razones: La primera, porque el propio criterio, á que en todo caso supedito mis actos, con claridad meridiana me demuestra que no hay en mis frases materia delictiva alguna, y en él abundan relevantes personalidades al servicio de la Ley y de la Prensa afectos; y segunda, porque todo melón que se empieza debe comerse en totalidad para no dar lugar á que se avinagre y estropee.

Y ya que la pertinente aclaración al público debida me impulsó á tomar la pluma, para que no aparezca ésta escueta y desairada, añadiré unos ligeros comentarios á la reciente elección de senadores, que para el Sr. Almarza y sus parciales, supone una hecatombe irremediable, y para la clase médica en general ha sido de muy fecundas y provechosas enseñanzas.

Aquél señor Sánchez, ídolo á quien los Sres. Rodríguez de Dios y Almarza pretendían erigir en director de la Junta de patronato de titulares, y para quien son personalmente todos mis respetos, ya se habrá apercibido todo el mundo de que por esta vez se queda en su casa sin acta, á despecho de los señores de la yacente Junta, que extralimitándose en sus funciones, no ha tenido inconveniente en descender á la candente arena política recomendando con todo interés su candidatura, y dejando al descubierto los pujos caciquiles que á los principales promotores muy en primer término impulsa. Y por otra parte; ¿no os dá que pensar la rara coincidencia de que precisamente en Salamanca, Meca hacia la que implorantes volvían sus ojos los inermes miembros de la agonizante Junta, haya ido á mermar uno de los puestos el sagaz conde de Romanones, tan significativamente alejado de ella en vísperas de una Asamblea que no conoció, y que por tanto no debió celebrarse?

Como reverso de tan resonante y merecido fracaso, es para mí muy grato el felicitar calurosamente al Sr. Martín Salazar, sin lucha ni protestas de ningún género elegido, gracias á los grandes merecimientos que le adornan y á los innumerables servicios prestados á la Sanidad, á cuyo frente Tirios y Troyanos reconocen debe perdurar per omnia saecula saeculorum.

Tan elocuentes son los hechos enunciados, y tan aplastantes las consecuencias, que de ellos se deducen y han de derivarse, que me creo relevado del compromiso de añadir á ellos una sola palabra, porque esto Inés ello se alaba y no ha menester alaballo...

MANUEL MARTÍNEZ SALDÍER.

## CUERPO DE MEDICOS DEL REGISTRO CIVIL DE ESPAÑA

### UNA CONVERSACIÓN INTERESANTE

La función del periodista es comunmente ingrata; lo circunstancial, lo ininteresante, lo amañado y lo falso crecen en su senda con la frondosidad banal y entorpecedora de la planta de los emperadores ó las cebadillas, pero casos hay en que, como una compensación providencial á su labor galeota, encuentra una profunda satisfacción espiritual que le consuela y esperanza.

Yo he disfrutado hace días de una de estas compensaciones en el cumplimiento de mi deber de cronista.

El problema de la reforma del Cuerpo de Médicos del Registro civil planteado hace un año en la Asamblea celebrada en Madrid, se encontraba en un momento de definitiva crisis; se sabía que el Ministerio de

Gracia y Justicia había remitido al señor ministro de Instrucción Pública en solicitud del informe técnico del Claustro de la Facultad de Medicina, las conclusiones elevadas á él por la referida Asamblea. La importancia definitiva del fallo de la Facultad no podía ocultarse á ningún interesado y parecía oportuno conocer el pensamiento de quienes en el Claustro de la Facultad representan la máxima autoridad especializada en la materia sometida á estudio.

La persona del ilustre Dr. D. Tomás Maestre era la más señalada, por ser su voz la que con mayor autoridad pudiera alzarse sobre tal asunto como hombre de ciencia y como legislador y político, y á D. Tomás Maestre me dirigí en solicitud de un anticipo de sus opiniones. Aparte mi admiración y respetuosa amistad hacia el ilustre médico legista, algo se sumaba para hacer amable mi deseo y es la especial condición del carácter del Dr. Maestre.

Toda su labor de hombre público y de sabio, como su trato personal, están fuertemente avaloradas por la nobleza, el desinterés y el vehemente afán de justicia en este insigne español.

Mientras llegaba el momento de nuestra entrevista yo meditaba en estas dotes de carácter tan difíciles de defender modernamente y que revelan en D. Tomás Maestre un alma toda claridad, como si encerrase la luz incomparable de las riberas mediterráneas, donde tantas veces meditó bajo el cielo más capaz de convencer de su existencia, ante el poético Mar Menor, allá en La Ribera, el Pinatar y los Alcázares, rodeado de palmas y jazmines ó mecido en la fenicia embarcación, cuya vela de púrpura hincha la brisa que antes fué por Egipto Grecia y Roma.

Con juvenil llaneza me acogió y atendió á mis preguntas y expresó su pensar sobre el problema sometido á su juicio.

¿...?

—De cuanto usted me dice, tres puntos me parecen ser los más interesantes de resolver con el informe de la Facultad; el primero, el de la entrada en el Cuerpo de Médicos del Registro civil.

¿...?

—Desde luego, debe ser por oposición; claro es que, por la función encomendada hasta ahora á los médicos del Registro civil, limitada á la comprobación de la muerte real, se circunscribiría la exigencia de conocimientos, aparte de los generales que reconoce el título profesional, á los especiales de las materias científicas de la Tanatología, á cuanto con la muerte real y aparente se relaciona, así como la práctica de los ejercicios demostrativos de competencia en tales materias.

Ahora bien, de acuerdo con las justísimas aspiraciones del Cuerpo de Médicos del Registro civil, sus funciones deben, á mi juicio, sumarse de la intervención en los embalsamamientos, *misión suya muy obligada*, y, por tanto, debe comprender, su demostración de competencia, cuanto con la técnica de conservación de los cadáveres se relacione.

Además, las tendencias modernas sobre la función tutelar del Estado, en cuanto á la conservación de la



salud y mejoramiento de la raza se relaciona, han impuesto en las naciones que marchan en cabeza de la civilización y cultura, la intervención del médico, por mandato legal, en la determinación del estado de sanidad y lozanía de los futuros cónyuges, para garantizar las generaciones nuevas y la moral de la vida conyugal. La forma enérgica de eliminación, en la labor procreadora, de los individuos con taras en la vida propia, con que se procede en ciertas naciones, pudiera en España no ser de fácil implantación por deficiencia de estado cultural, pero se impone el establecimiento de este control eugenésico por un examen previo a la celebración del matrimonio, realizado sólo en el hombre, que aportaría el certificado de su sanidad como timbre de legítimo orgullo para sí, rindiendo con él la mayor prueba de amor y respeto hacia la compañera de su vida y la madre futura de sus hijos.

Seguramente España acogería esta reforma que la alta voz de la jurisprudencia antropológica le aconseja y los sentimientos nobles y sanos de la raza le dictan siempre en indeterminada forma, pero con firme acento. Y es mi opinión que los Gobiernos deberían establecer desde ya, y como vía de ensayo, nuncio de más perfectas medidas legislativas para el mañana, este servicio, encomendando a los médicos del Registro civil la facultad de expedir, previo el debido reconocimiento, un certificado sobre el estado de sanidad de todo varón que solicite del señor juez municipal la celebración del matrimonio, aunque al principio fuese voluntaria la petición del referido certificado, pues claro es que el hombre sano y culto lo solicitaría gustoso y así se iría estableciendo la costumbre que luego trajera la ley para los rebacios y díscolos.

Esta certificación sin tener acción ninguna legal sobre la voluntad de los contrayentes, les expondría su estado, respecto del esposo, en cuanto a la sífilis y enfermedades venéreas se refiere, así como a la tuberculosis, el alcoholismo y las psicopatías, y cuanto a herencia biológica de padres y abuelos pueda investigarse, determinando las exploraciones clínicas y técnicas de laboratorio llevadas a cabo para el establecimiento del juicio, y bajo la grave responsabilidad penal del médico del Registro civil que ocultare ó falsease alguno de estos datos.

¿...?

Ya se me alcanza que establecida en esta forma no rendiría la medida de intervención sanitaria, frutos muy abundantes, pero bástele por ahora a los Poderes públicos como un triunfo en el cumplimiento de sus altos deberes, la siembra en nuestras costumbres sociales de este germen de planta buena: la ley nacerá de fijo de esta semilla.

Entérese la opinión española, por la *Gaceta*, de esa nueva y gran conquista de la ciencia médico-social que eleva el nivel de sanidad, pureza y fuerza física y perfección moral de los pueblos, y el tiempo hará lo demás, demostrando la conveniencia de aceptar tan humanitario servicio.

La Eugenesia y la Instrucción se bastan para cerrar presidios y manicomios.

—¿...?

—Desde luego me parece, y éste es el segundo punto interesante a que me refería, que las oposiciones para ingreso pueden tener lugar en la capital de cada distrito universitario en que haya Facultad de Medicina y que el tribunal de dichas oposiciones deben formarle: el catedrático de Fisiología, el de Higiene, el de Medicina legal, un médico forense y un médico del Registro civil, presididos por el catedrático más antiguo.

—¿...?

—Yo soy franco partidario de que los programas para estas oposiciones no deben ser secretos: nada de sorpresas ni temas de golpe, sino que deben publicarse en la *Gaceta* y ser revisados cada cinco años.

Partiendo de este punto y suponiendo que la función del médico del Registro civil se extienda, como debe ser, además de a lo que en otras conclusiones piden y pueda concederse por la Superioridad, a los servicios sobre los que estamos hablando como de más palpitante interés, el programa para estas oposiciones debiera formarse en la forma siguiente: Doscientos temas, como máximo, de cuestiones de Tanatología y embalsamamientos, determinados por una Comisión del Cuerpo de Médicos Forenses de Madrid; doscientos temas, como máximo, determinados por los catedráticos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central que tuvieren a su cargo la enseñanza de la Fisiología, Obstetricia, Higiene, Dermatología, Medicina legal, uno de Patología médica y otro de Cirugía, comprensivos estos temas de lo que pudiéramos llamar programa para el ejercicio sobre conocimientos de Eugenesia; este ejercicio constará de una parte práctica de técnicas de laboratorio para evidenciar la sífilis y enfermedades venéreas, la tuberculosis, el alcoholismo y las psicopatías, y para esta parte del ejercicio se haría un programa de cien temas, como máximo, determinados por la misma Comisión de catedráticos; por último, cien temas sobre materias de Estadística y leyes pertinentes a la función del médico del Registro civil, determinados por una Comisión nombrada por el excelentísimo señor ministro de Gracia y Justicia entre el personal técnico de su departamento.

Con este programa se harían cuatro ejercicios: oral, escrito, de prácticas de Tanatología y de prácticas de laboratorio sobre Eugenesia.

¿...?

—¿Qué cuál es el tercer punto para informar? Pues el del valor de la reacción de Lecha-Marzo en la comprobación de la muerte real, si es adecuado para la práctica del médico del Registro civil y si es conveniente por fácil y barato.

Para informar sobre esto basta con referirse al estudio hecho por el ilustre catedrático de Granada señor Alvarez de Toledo, y respecto al uso por los médicos del Registro civil al presentado por usted a la Asamblea del pasado año. Mi opinión es que entra tan claramente en la necesidad del desarrollo de sus funciones, que no es necesario hacerlo obligatorio al médico del Registro civil, pues éste lo empleará, como lo emplea, en igualdad de sus demás conocimientos técnicos.



—¿...?

—No creo que sean sometidas á informe otras conclusiones de las fijadas por la Asamblea, pues aun en estas tres quedan comprendidas muchas otras de ellas. Es preciso que en España se vaya formando lo que en Alemania se llama el médico del Estado, cuyas funciones comprenden cuanto la intervención del Estado debe vigilar, desde el nacimiento á la muerte del ciudadano, y este médico está ya creado en España con el nombre de médico del Registro civil, pero está á falta de terminar la obra y hay que trabajar para que quede perfecta.

—Si usted me permite, D. Tomás, una pequeña indiscreción periodística, le diré que ha llegado á mi conocimiento que el Claustro había nombrado á usted, al Dr. Forns y al Dr. Hernando como ponentes en este informe...

—No puedo contestar á usted á este respecto porque lo ignoro. Yo me limito á dar á usted mi opinión sincera sobre lo que usted me ha consultado, como se la daría al Claustro, si me la pidiese.

—¿...?

—Creo conocer á mis queridos compañeros los doctores Forns y Hernando, con quienes he hablado mil veces de cosas semejantes, y no me parece que se alejarían de mi opinión en nada esencial. Pero esto claro está que es un supuesto.

Despidíme del ilustre maestro y marché satisfecho á pergeñar estas líneas, sin poder apartar de mi pensamiento un recuerdo que paralelamente se me ofrecía: el de aquel otro médico ilustre español que parece resucitado en Maestre, D. Pedro Mata. Los ideales de justicia, las ideas democráticas y la Medicina legal española, tan amparados, sostenidos y engrandecidos por Mata, parecen continuarse en la Facultad de Medicina de Madrid, y el Parlamento y la política española en el espíritu de Maestre, que hasta en esa característica de bondad é impresionabilidad es hermano del de D. Pedro Mata, quien, combatiendo rudamente por la enseñanza y por la ciencia en su cátedra y por la revolución tan señaladamente al lado de Prim y Zorrilla, con riesgo generoso de su vida y su bienestar, se confesaba próximo á morir de duelo y de desencanto al ministro de Fomento del período constituyente, que lo era D. José Echegaray, se confesaba enfermo y moribundo, digo, porque los alumnos se habían disgustado con él por el sentido de su voto en el Parlamento á favor de la elección de D. Amadeo de Saboya como Rey de España.

F. JAVIER CORTEZO

## LOS MÉDICOS HABILITADOS DE BAÑOS

El proyecto de ley de profilaxis pública en las enfermedades evitables, dió lugar en el Senado á que el Sr. Sánchez y Sánchez dijera que el nombramiento de médicos de Baños ha de ser libre, respetando derechos adquiridos de los que ahora constituyen el Cuerpo por oposición.

No sé si en ese Cuerpo se incluye á los habilitados, que sí debiera ser porque son médicos de Baños por oposición; pero la escasa consideración en que se los tiene hace sospechar la exclusión. Entiéndalo como lo entienda el Sr. Sánchez, es evidente é incuestionable que la Instrucción general de Sanidad confiere á los médicos habilitados de aguas minerales derechos que se deben respetar, porque en ellos confiados se ingresó en el Cuerpo mediante oposición *verdad*.

Seguramente cuantos me hacen merced de leer estas líneas recordarán que, no mucho después de la constitución del Cuerpo, apareció en las columnas de EL SIGLO MEDICO un artículo á guisa de réplica y casi filípica contra supuestas ó reales demandas, injustas ó exageradas, de los médicos habilitados; y decía, poco más ó menos, el Sr. Venancio Prieto, firmante del artículo: «¿De qué y por qué os quejáis, si no se os da más de lo prometido? Cuando ingresasteis, sabíais dónde ibais, porque bien claramente se os enseñó el punto de destino, y si ahí no encontráis más cosas de las que se os señalaron, no tenéis razón para protestar ni exigir las.» Estas palabras del articulista (cuyo pseudónimo á todos nos pareció ocultaba el nombre de una personalidad médica ilustre, á la cual la Clase toda es deudora de gratitud y veneración) no tuvieron réplica porque no podían tenerla.

A trueque de eso, podríamos decir ahora nosotros: ¿y por qué no nos dais lo que nos prometisteis?; ó sea, ¿por qué no se nos ampara en nuestros derechos?

La Instrucción general de Sanidad pública en su artículo 163 dice: «Los establecimientos de aguas minerales que después de celebrado el concurso anual no tengan médico director de los que constituyen el Cuerpo, serán regidos por uno que libremente designará el propietario, dentro de la lista de médicos de aguas minerales habilitados...» ¿Se hace así? No. El propietario que no le place designar para su establecimiento médico director de entre los habilitados, no lo hace, ni nadie se lo exige: elige al que, sin ser del Cuerpo, mejor ha de servir sus intereses, y en paz, y... si es un allegado, mejor, que también se dan casos, podemos asegurarlo.

De manera que la libertad balnearia absoluta para la mayoría de establecimientos es un hecho real y positivo, con manifiesta infracción de la ley de Sanidad y en perjuicio de los médicos habilitados que hicieron unas oposiciones, sin provecho la mayoría, porque ¿cuántos no han tenido aún ocasión de dirigir un balneario!

Tal estado de cosas entendemos no debe seguir. ¿Cómo corregirlo? Sin pretender trazar el camino ni señalar pautas, y con la mayor sencillez y modestia, nos atrevemos á decir que un medio ó forma tal vez sería que después de celebrado el concurso anual de directores, por la Dirección de Sanidad se enviase á los balnearios vacantes la lista de los habilitados que previamente hubiesen solicitado ó manifestado á ella poder ó querer dirigir un balneario; y, pasado el tiempo fijado, el propietario que no hubiese elegido director de entre la lista presentada, la Dirección de Sanidad lo nombraría.

Al ilustre y dignísimo Dr. Salazar, que con tanto celo é inteligencia rige los destinos de la Sanidad pública, nos encomendamos, confiando á su rectitud la solución de este pleito.

J. Ll. P.,

Médico habilitado de Baños.



## Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA  
Y BELLAS ARTES

## EXPOSICIÓN

Señor: El Real decreto de 3 de Marzo de 1922, ratificando el de 1.º de Diciembre de 1917, modificó el de 8 de Abril de 1910, determinando que los jueces de los Tribunales de oposición para Cátedras de todos los Centros de enseñanza se constituyeran en catedráticos de igual ó análoga disciplina, elegidos mediante un sistema automático que parecía asegurar la más completa independencia en sus juicios.

La práctica ha evidenciado que si el procedimiento puede ser defendible en los casos en que el número de Cátedras de la misma materia es bastante mayor que el de jueces que han de constituir un Tribunal, cuando esto no ocurre se corre el riesgo seguro de imposibilitar la renovación espiritual del profesorado, puesto que las personas encargadas de seleccionar el nuevo son las mismas que ya regentan la enseñanza correspondiente, y además se cae en el vicio principal que fué motivo de aquella Real disposición, á saber: la repetición de los mismos individuos en todos los Tribunales. Más lamentable es el caso, por desgracia frecuente, en que las Cátedras de una misma asignatura son muy inferiores en número al de los miembros que han de constituir el Tribunal, pues entonces su designación, fundándose en el criterio de las analogías, se presta á una cierta arbitrariedad punto menos que imposible de evitar.

Por esta razón, y á reserva de abordar más tarde la reforma en cuanto afecte á los Centros de enseñanza secundaria, el ministro que suscribe tiene el honor de someter á la aprobación de V. M. el siguiente proyecto de Decreto.

Madrid, 18 de Mayo de 1923.—Señor: A L. R. P. de V. M.,  
*Joaquín Salvatella.*

## REAL DECRETO

Conformándome con las razones expuestas por el ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Para las oposiciones á Cátedras de Universidad, el art. 10 del Real decreto de 8 de Abril de 1910 quedará redactado en la forma siguiente:

«Art. 10. Los Tribunales para Cátedras de Universidad estarán constituidos por cinco jueces. Para su nombramiento se procederá del modo siguiente:

En el plazo de un mes, contado desde la publicación de la convocatoria en la *Gaceta*, todas las Facultades ó Secciones completas á que pertenezca la disciplina en cuestión deberán proponer al Ministerio los nombres de aquellas personas, catedráticos ó no, que estimen capacitadas para juzgar los ejercicios, en el número que tengan á bien y con la expresión concreta de los motivos que justifiquen la propuesta. Incluirán siempre en ésta al catedrático de la misma asignatura que la vacante objeto de la oposición.

En el mes siguiente el Consejo de Instrucción pública, oída la Sección de Universidades, formulará la propuesta de presidente y de cuatro jueces y otros tantos suplentes escogidos entre los que figuren en la relación de las Facultades, siempre con expresión de las razones que sirvieron de base á la propuesta. Tres de los jueces, como mínimo, habrán de ser catedráticos de Universidad, y, de ellos, uno necesariamente de la misma asignatura que la Cátedra sacada á oposición.

Al publicarse los nombramientos en la *Gaceta* se hará constar la lista de todos los propuestos y los méritos de los nombrados.

Los suplentes sustituirán á los propietarios, teniendo en cuenta para el número correlativo que unos y otros ocupen en la propuesta.

No podrá nunca funcionar un Tribunal con menos de tres vocales

Si una vez constituido el Tribunal quedare vacante la presidencia, pasará á ocuparla el catedrático más antiguo de los que actúen como [vocales, á quien en su caso podrá reemplazar el que le siga en antigüedad.]

Art. 2.º Todos los Tribunales nombrados para oposiciones á Cátedras de Universidad con fecha anterior á 1.º de Mayo de 1922 y que no se hayan reunido para comenzar á ejercer sus funciones, quedarán anulados, y la nueva designación de jueces se llevará á efecto con arreglo á lo dispuesto en el presente Decreto.

En todos los casos á que se refiere el párrafo anterior serán respetadas las convocatorias y las listas de opositores admitidos en el mismo estado que tengan hoy, para no originar perjuicio alguno á los derechos adquiridos con anterioridad á esta disposición.

Dado en Palacio á 18 de Mayo de 1923.—ALFONSO.—El ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, *Joaquín Salvatella.*

## EXPOSICIÓN

Señor: Los Estatutos formulados por las diversas Universidades, para regir su propia vida autonómica, constituyen una fuente de información inmejorable que debe guiar á los Gobiernos en las futuras reformas que afecten la vida universitaria. Es el caso que todas ellas, y el propio proyecto de ley de autonomía sometido al Senado, cuya redacción fué consecuencia de los trabajos realizados por las Universidades para formular los precitados Estatutos, señalan como función principalísima de la Universidad la investigación científica, de perfecto acuerdo con el concepto que de ella se tiene en los pueblos que marchan á la cabeza de la cultura.

Parece natural corolario de lo que precede el que en la selección del Profesorado de estos Centros docentes se atienda con igual solicitud que á la formación cultural y pedagógica de los aspirantes, á la labor de investigación ya realizada por los mismos, que es la única garantía de su capacidad para cumplir con aquel fin principalísimo de la Universidad. Sin embargo, en el vigente Reglamento de oposiciones á estas cátedras, sólo interviene este aspecto de la preparación de los opositores, por la obligación en que se hallan de presentar un trabajo que, además, puede ser meramente doctrinal, así como el derecho de acompañarle del conjunto de publicaciones que considere oportunas. Pero ni aquél ni éstas son objeto de ningún ejercicio en el que los opositores puedan analizar la obra de sus contrincantes, ni tampoco existe constancia pública del juicio que al Tribunal le hayan merecido, como consecuencia del examen que se determina en el art. 32 del vigente Real decreto de 8 de Abril de 1910, circunstancia que anula casi su influencia en un régimen en que la votación definitiva se ha de realizar ante quienes presenciaron los ejercicios de los opositores y nada saben de los indicados trabajos.

Y es ello tanto más de lamentar cuanto que aquel Real decreto vino á anular una sabia disposición dada por Real decreto de 11 de Agosto de 1901, que determinaba en su artículo 25 la exposición y discusión pública de los trabajos que aún siguen exigiéndose á los opositores.



Sin duda, esta modificación del Real decreto de 11 de Agosto de 1901 provino de la generalidad que quiso dársele, aplicándole á Centros docentes que no pueden tener como finalidad la investigación científica. Por ello, el ministro que suscribe, al proponer á V. M. el siguiente Decreto, limita su alcance á las oposiciones para cátedras universitarias.

No es menos importante la modificación contenida en el último de sus artículos, pues la discusión entre los opositores relativa á los programas y métodos de enseñanza es la prueba más adecuada de la capacidad docente de los aspirantes.

Por cuanto antecede, el ministro que suscribe tiene el honor de someter á la firma de V. M. el siguiente proyecto de Decreto.

Madrid, 18 de Mayo de 1923.—Señor: A L. R. P. de V. M., Joaquín Salvatella.

## REAL DECRETO

Conformándome con las razones expuestas por el ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo único. Los artículos 9.º y 29 y párrafo primero del 28 del vigente Reglamento de oposiciones á cátedras, aprobado por Real decreto de 8 de Abril de 1910, se sustituirán por los siguientes en todos los casos en que se trate de una vacante en cátedras universitarias.

«Art. 9.º El día en que los opositores deban presentarse al Tribunal según previene el artículo 16, entregarán al presidente un trabajo de investigación propia que habrá de ser objeto del ejercicio que se preceptúa en el artículo 29. Podrá agregar cuantas publicaciones haya realizado referentes á cuestiones comprendidas en la disciplina científica objeto de la oposición. La lista de estas publicaciones, con la expresión del opositor á quien pertenezcan, será leída por el secretario del Tribunal en la sesión pública á que se refiere el artículo 34, antes de procederse por los jueces á la votación nominal de los opositores á quienes han de ser adjudicadas las plazas vacantes.

Asimismo entregará el opositor una Memoria exponiendo con claridad y precisión su manera de entender el contenido, carácter y límites de la disciplina cuya cátedra es objeto de provisión; el método y procedimiento pedagógico de enseñanza que emplearía, las fuentes y medios necesarios para su estudio; todo esto fundamentándolo científicamente y acompañando un proyecto de curso en forma de programa.

Art. 28. El cuarto ejercicio consistirá en la explicación durante una hora como máximo de una lección ó tema del proyecto de curso en forma de programa, que el opositor ha de presentar según lo dispuesto en el art. 9.º El actuante elegirá tema entre tres sacados á suerte ante la presencia del Tribunal.

Art. 29. El quinto ejercicio para cada opositor consistirá en la exposición oral del trabajo de investigación á que se refiere el art. 9.º, en el cual podrá invertir una hora como máximo. Los opositores que lo deseen, en número no superior á dos, podrán formular durante media hora cada uno las objeciones que estimen pertinentes, en cuanto se refiera al asunto tratado, método seguido y resultados deducidos. El autor dispondrá de otra media hora para contestar á cada objetante. Si el número de opositores que manifiesten deseo de hacer objeciones es superior á dos, por mutuo acuerdo designarán cuáles de ellos han de realizarlo, y si no hubiere avenencia, se determinará por sorteo.

El sexto ejercicio consistirá en la exposición oral y discusión de la Memoria á que también se refiere el art. 9.º, siguiéndose el mismo procedimiento que se señala para el quinto ejercicio.»

Dado en Palacio á 18 de Mayo de 1923.—ALFONSO.—El ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, Joaquín Salvatella.

## MONTEPÍO FACULTATIVO

## SECRETARÍA GENERAL

## ANUNCIO DE PENSIÓN

Dña Carmen Montesinos y Salas, viuda de D. Enrique Villegas, solicita pensión de viudedad.

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

Madrid, 9 de Mayo de 1923.—El secretario general, *Marín*.

2

## Gaceta de la salud pública.

## Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 701,5; ídem mínima 696,4; temperatura máxima, 26º,6; ídem mínima, 6º,1; vientos dominantes, NO. SSE.

A las oscilaciones barométricas, más que á las termométricas, que se han registrado en la semana ha correspondido un empeoramiento en la marcha de las enfermedades crónicas del aparato circulatorio y en los enfisemas pulmonares.

Los catarros agudos del aparato respiratorio se mantienen en la proporción que anteriormente hemos consignado.

En los niños ninguna modificación importante.

## Crónicas.

Datos para la historia de la Autonomía. Merece fijar la atención el hecho ocurrido en la Universidad de Barcelona en la elección de su senador. Presentábanse en lucha por esta Universidad que aseguran ser *autonomista*, dentro del medio *autonomista* de la región, el autor de la reforma *autonomista* y exministro Sr. Silió y D. José Danrella. Pues bien, á pesar de todos estos *autonomismos* el Sr. Silió ha sido derrotado por más de 80 votos por su contrincante; es decir, que la *vox magistrorum*, de acuerdo esta vez con la *vox omnium* ha decretado que no agradecía las reformas *autonomistas* y que rechazaba á su representante.

Hay que tener en cuenta que en esta Universidad se ha dado ya el caso tres veces de ser derrotados otros tantos candidatos (los Sres. Fargas, Bertrán de Amat y Alcobé) que representaban la misma tendencia, y que lo fueron con votaciones todavía menos lucidas que la obtenida por el señor Silió, á quien acompañamos en el sentimiento.

Inauguración de edificios.—En Granada.—Con toda solemnidad y con la asistencia de las autoridades sanitarias de la provincia y del director general de Sanidad Dr. Martín Salazar, tuvo lugar en Granada el día 18, el acto inaugural del edificio é instalación del Sanatorio antituberculoso de Alfaguera.

Pronunciaron elocuentes discursos los Dres. Codina y Polanco y el director general.

En Almería.—El día 15 se inauguró el edificio destinado á local de la brigada sanitaria provincial. Está compuesto de dos plantas; la baja, destinada á salas y maquinaria de desinfección, y la alta, á laboratorios y oficinas.

Colonias infantiles.—El Centro de Galicia de esta corte constituirá un Patronato permanente de colonias infantiles, integrado por damas de la sociedad gallega residentes en Madrid, y bajo la dirección técnica del Dr. Goyanes.

Este Patronato organizará colonias marítimas y de altura y costeará la estancia de los niños que por sus condiciones requieran el ingreso con carácter indefinido hasta su total curación.

Por de pronto, este año enviará, durante los meses de



Julio y Agosto, al Sanatorio Marítimo de Oza, en La Coruña, la primera expedición de 40 niños de los dos sexos.

El plazo de admisión de solicitudes para entrar en el reconocimiento médico y en el sorteo riguroso entre los que reúnan iguales necesidades de estancia en el repetido sanatorio, quedará cerrado el día 31 del actual, á las nueve de la noche, en el local social (Alcalá, 10).

**Del centenario á Pasteur.**—En la presente última cena de Mayo se celebrarán en París varias fiestas en conmemoración del centenario del sabio Pasteur.

Las más principales son:

Día 24 de Mayo, á las veintiuna y treinta, recepción en el palacio del Elíseo.

Día 25, á las nueve y treinta, visita al Instituto Pasteur y á su tumba; á las quince, ceremonia en la Sorbona, presidida por el presidente de la República.

Sábado 26, á las diez, visita á la Escuela Normal; á las quince, recepción en el Palacio del Ayuntamiento.

Domingo 27, á las veinte, funciones de gala en la Opera y en el teatro Francés.

Lunes 28, á las doce, banquete en Versalles, visita al palacio y al Triánón; correrán todas las fuentes.

Martes 29, á las quince, «garden party» en Chantilly, ofrecida por el Instituto de Francia.

Como homenaje también á Pasteur, desde el día 25 se pondrán á la circulación sellos de Correos de 10, 30 y 50 céntimos con la efigie del gran bacteriólogo.

**De Sanidad Militar.**—*Exámenes de enfermeras.*—En el Hospital Militar de Carabanchel se han celebrado los exámenes de las nuevas enfermeras de San Vicente de Paúl.

Presidía el Tribunal el coronel director, D. Venancio Plaza, y formaban parte de él los Dres. Sánchez Vega y Gonzalo (D. Gregorio), comandantes médicos de dicho Establecimiento.

Como en años anteriores, se tiene por seguro que la imposición de insignias será presidida por alguna persona de la Real familia.

*Repatriación de fuerzas sanitarias.*—El día 15 llegaron á Málaga, procedentes de Melilla, fuerzas de Sanidad Militar, pertenecientes á la cuarta, quinta y octava regiones, que salieron al día siguiente para Coruña, Zaragoza y Barcelona.

El día 16 llegaron á Valladolid, después de una permanencia de veinte meses en Africa, las fuerzas de la séptima Comandancia de Sanidad Militar.

Vienen á las órdenes del capitán Pedraza.

El recibimiento fué entusiasta. El pueblo salió á la estación para recibir á los expedicionarios. Al llegar el tren se oyeron vítores y aplausos.

Al recibimiento asistieron las damas de la Cruz Roja, el arzobispo y todas las autoridades de la capital.

El desfile resultó brillante, pues las calles se hallaban llenas de público, que vitoreaba á los soldados.

**Homenaje al Dr. D. Vicente Gimeno.**—El día 19 del actual en el Hotel Palace se celebró un banquete, en el que los alumnos y amigos del Dr. D. Vicente Gimeno le demostraron su satisfacción por su reciente ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina.

Ocuparon la mesa presidencial con el homenajeado, el ministro y subsecretario de Instrucción Pública, el rector de la Universidad, el Conde de Gimeno, el Sr. Ruiz Jiménez y los Dres. Simonena y Aguilar.

El alumno Sr. Guerra, después de leído gran número de adhesiones, ofreció el agasajo al anfitrión. Seguidamente el Sr. Conde en nombre del Ateneo de Internos de la Facultad, manifestó que todos sus compañeros se hallaban compenetrados con el profesor por la intensa labor docente que en su beneficio realiza el Dr. Gimeno.

A continuación, el Dr. Carracido pronunció un discurso, brillantísimo como suyo, en el cual se congratuló de la armonía reinante entre el profesor y alumnos de la clase de Dermatología.

El Sr. Salvatella, con elocuente palabra, tuvo frases de afecto para el agasajado, y de gran consideración y respeto para el conde de Gimeno.

Y por último, el Sr. Gimeno (D. Vicente), sensiblemente conmovido, dió las gracias por las pruebas de cariño de que era objeto.

EL SIGLO MÉDICO, representado en el acto por nuestro compañero Sr. López Prieto, felicita efusivamente al doctor D. Vicente Gimeno por su triunfo.

**Consultas públicas.**—Resumen de los servicios prestados por el Gabinete Médico del Barrio de Salamanca durante el mes de Abril último: En consulta, 241; á domicilio y en el Gabinete, 189; enfermedades de los niños, 41; ídem de garganta, nariz y oídos, 36; ídem de piel, venéreo y sífilis, 41; ídem de corazón y pulmón, 66; ídem de estómago é intestinos, 27; ídem de la matriz y embarazo, 21; ídem de los ojos, 14; ídem de cirugía general, 77; ídem de boca y dientes, 121; casos judiciales, 3; vacunados, 10. Total, 887.

**Las vacunas en Dermatología.**—Al presente número acompañamos un prospecto sobre los Immunizols Grémy de París (14, rue de Clichy), cuya lectura recomendamos.

**Biblioteca Novelesco-Científica.**—Al presente número acompañamos un prospecto sobre las obras de esta Biblioteca, cuya lectura recomendamos. Pedidos á Viuda é hijos de Pueyo, Arenal, 6, Madrid.

**Excipiente inerte.**—En el festín de las ideas nuevas es de mal gusto presentarse con las ropas empolvadas por el contacto de las viejas: hay que respetar á cada sociedad su indumentaria propia; no yendo tampoco de frac ni guante blanco á escarbar en las ruinas ó á quitar telarañas en los archivos.

(Ich.)

No hay tarea más antipática que la que se esfuerzan las gentes maduras y los viejos que entristecen á la juventud con sus consejos, profecías y sus prohibiciones. ¡Cualquiera creería que á los que los emplean les hubiesen servido de algo las que á ellos les repitieron!

¿No es una petulancia de niños el suponer que las suyas van á ser más eficaces?

(Ich.)

## BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.

## 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, caquexias, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

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

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.<sup>a</sup> de la Cabeza, 1