

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	S. PASQUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	P. DEL RÍO HORTIGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	J. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	JOSÉ SANCHIS-BANUS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	F. TELLO Sub-Inspector General de Sanidad
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA. Académico de la Real de Medicina.	

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

**SUMARIO:** Sección científica: Casuística personal de meningo-encefalitis epidémica (encefalitis letárgica y procesos similares), por el Dr. E. Fernández Sanz.—La cesárea clásica como tratamiento de algunas formas de bronconeumonía durante el embarazo, por J. Torre y Blanco.—Los reblandecimientos bulbares, por el Dr. J. M. de Villaverde.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlin.—Memorias de un pensionado, por el Dr. Abbiána.—Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalio.—Protección Médica.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Sección oficial: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Crónicas.—Variantes.—Correspondencia.—Anuncios.

### Casuística personal de meningo-encefalitis epidémica (encefalitis letárgica y procesos similares)

POR EL

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina, profesor de la Facultad de Medicina de Madrid, Jefe facultativo del Hospital de Jesús Nazareno, etc.

#### Objeto de este estudio.

Me propongo exponer los casos de procesos meningo-encefalopáticos por mí personalmente observados con inusitada frecuencia desde mediados de Diciembre de 1919 á fin de Febrero de 1920. Se trata de estados patológicos que, aunque presentan entre sí innegables diferencias, ofrecen fundamentales analogías mutuas, lo que autoriza á formar con ellos una agrupación nosológica y además ostentan un indiscutible parentesco con los síndromes que en España y fuera de nuestra patria se vienen ahora estudiando con diversos nombres, el más generalizado de los cuales, aunque no el más propio, es el de *Encefalitis letárgica*. Presta interés á los casos por mí vistos, aparte de sus cualidades intrínsecas, la circunstancia de revestir un carácter netamente epidémico, como lo prueba el hecho de haberlos recogido en tan relativamente considerable número en el corto plazo de dos meses y medio.

En este trabajo no me ocuparé nada más que de los casos propios y de las consecuencias que de ellos inmediatamente se deducen, dejando las investigaciones bibliográfico-críticas y el examen global del asunto para un ulterior estudio.

*Hechos clínicos observados; su caracterización.*—Según acabo de indicar, desde mediados de Diciembre del pasado año, hasta terminar el mes de Febrero del presente, he observado numerosos casos de síndromes meningíticos y encefalíticos, que no corresponden á ninguno de los cuadros clínicos que corrientemente se encuentran en la práctica y que clásicamente se describen en los libros; dichos síndromes tienen caracteres comunes y evidente semejanza en el fondo, no obstante la diversidad de sus apariencias.

Estos singulares procesos no se habían manifestado con anterioridad en la época contemporánea ni aun en la epidemia gripal de 1918, en la que tantas y tan variadas secuelas y complicaciones neuropáticas he tenido ocasión de observar, habiendo publicado las más interesantes de entre ellas, como neuralgias, psicosis, psiconeurosis, hemiplejias, hemianopsias, epilepsias jacksonianas por meningo-encefalitis focales, siendo estas últimas muy distintas de las que aquí voy á describir.

No se trata, sin embargo, de una enfermedad nueva, pues antecedentes de ella se encuentran en fechas bastante remotas, hasta en el siglo XVII, habiéndose padecido también en el XVIII y en el XIX, siempre con ca-



rácter epidémico como ahora, y en relación con la pandemia gripal, también como actualmente.

**Limitación de los hechos clínicos.**—He visto 25 casos, de los cuales desecho ocho, pertenecientes a la forma que llamo *difusa leve*, porque sus síntomas, cefalea, vértigos, insomnio, irritabilidad, agitación psico motora, son ambiguos y de significación equívoca, pues pudieran interpretarse ó como fenómenos de reacción meningo-encefálica ligera, ó como expresión de neurosis post-gripal, sin que permita esta distinción el análisis de la sangre y del líquido cefalorraquídeo, que en ambos casos sería negativo. No obstante, los síntomas observados en estos casos son los mismos de la forma grave, pero atenuados, desengranados, y sin llegar á alterar intensamente el estado general; mas para evitar objeciones y polémicas arbitrarias dejo aparte estos ocho casos, y las consideraciones subsiguientes versarán tan solo sobre los diez y siete restantes.

**Definición.**—Los autores franceses asignan á la que llaman *encefalitis letárgica* los siguientes caracteres fundamentales: fiebre, parálisis oculares, letargo, ausencia de cambios en el líquido cefalorraquídeo.

Estos rasgos distintivos se aplican sólo á una de las formas, pero no á todas las afines. Las propiedades que yo propongo como diferenciales son las siguientes: 1.º, *cefalalgia*, intensa, prolongada, de caracteres extraños; 2.º, *apatía*, que varía desde la leve indiferencia psíquica y pasividad somática, pasando por los grados de estupor, sopor y letargo, hasta el coma profundo; 3.º, *facies átona*, inmóvil, como petrificada, cual la de una estatua, con expresión de resignada tristeza; 4.º, *falta del sueño natural*, sustituido por el entorpecimiento cerebral patológico las más de las veces, pero algunas, no; 5.º, *ausencia ó escasez suma de modificaciones anormales en el líquido cefalorraquídeo*, el cual es siempre claro y transparente, la tensión es normal ó exagerada, si existe aumento de la linfocitosis es ligerísimo, la albúmina se halla en la proporción ordinaria ó con muy pequeño exceso, no encontrándose microbios ni en el susodicho líquido ni en la sangre, cuyo suero no aglutina á los gérmenes patógenos que se ensayan corrientemente.

**Nomenclatura.**—El nombre más común es el de *encefalitis letárgica*, pero es por demás limitado, no conviniendo á todos los casos; se ha denominado también á esta dolencia *encefalitis gripal*, mas sus relaciones con la gripe, aunque muy acentuadamente presuntas, no poseen una completa evidencia y no se ha dado aún de ellas una explicación satisfactoria; otras designaciones propuestas son las de *encefalitis oftalmopléjica* (Pic.), *poliomiosencefalitis epidémica*, *polioencefalitis superior aguda*, y por Hall y Chauffard la de *encefalitis epidémica*, que me parece aceptable, pero agregando la noción de los fenómenos meníngeos que tienen gran importancia, por lo que yo la califico de *meningoencefalitis epidémica*. También se ha pretendido llamar la enfermedad de Netter, pero más justo sería darla el nombre de Ecónomo, en honor del médico que describió la primera epidemia contemporánea en Viena.

**Clasificación.**—Admito cuatro formas clínicas atendiendo á los síntomas, que son difusos ó focales y á la evolución que es benigna ó maligna, siendo de advertir que un caso que comienza con aspecto de levedad puede luego agravarse, como ocurrió en uno de los por mí observados (núm. 9), y que en las formas focales existen también síntomas difusos, y viceversa, siendo precisamente esta comunidad sintomática la que establece la homogeneidad del proceso y autoriza á considerarle como entidad única; pero la distinción de las formas se funda en el predominio relativo de una ú otra clase de síntomas.

Las cuatro formas diferenciadas son: 1.º, *difusa leve*: comprende ocho casos, de los que por las razones ya dichas prescindo en esta relación casuística; 2.º, *difusa grave*, á la que pertenecen siete casos (números 2, 3, 4, 8, 10, 14 y 16), de los que tres fueron mortales (números 2, 3 y 8); 3.º, *focal leve*, con seis casos (números 5, 6, 7, 11, 13 y 17); 4.º, *focal grave*, de la que he reunido cuatro casos (números 1, 9, 12 y 15). Todos los casos de las dos formas focales terminaron por la curación.

#### Etiología.

**Relaciones con la gripe.**—Unos casos, los más, son de apariencia primitiva; algunos son consecutivos á estados gripales, padecidos inmediatamente antes por el propio sujeto.

Pero en los casos primitivos existía la gripe en personas de la familia ó de la vecindad del enfermo; por lo tanto es perfectamente manifiesta la relación de la meningo-encefalitis epidémica con la gripe, relación de coincidencia por lo menos.

He visto trece casos primitivos (números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16 y 17) y cuatro consecutivos (números 8, 10, 11, 12 y 13); uno fré de meningo-encefalitis difusa muy grave, pero terminado por curación, que sobrevino inmediatamente después de una bronconeumonía gripal también gravísima (núm. 10); otro, de forma focal leve, ocurrió después de una gripe con síntomas catarrales de las vías aéreas superiores y con fiebre (núm. 11); otro de forma focal grave, de evolución muy lenta, con trastornos difusos bastante acentuados, delirio y confusión mental, además de los fenómenos focales, acaeció después de una bronquitis gripal (núm. 12); el cuarto caso, de tipo focal leve, pero con alteraciones muy persistentes, se presentó después de una gripe con fiebre y algunos síntomas gastro-intestinales (núm. 13).

**Condiciones del sujeto. Sexo.**—Algunos autores opinan que esta enfermedad es más frecuente en el sexo femenino, pero mi pequeña estadística se pronuncia en el sentido opuesto, pues de los 17 casos, 11 son hombres (núms. 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14 y 17) y seis mujeres (núms. 1, 3, 4, 10, 15 y 16).

**Edad.**—El mayor número de casos lo he observado entre los cuarenta y los cincuenta años, correspondiendo á este decenio cuatro hombres y tres mujeres, en junto, siete.

	Hombres.	Mujeres.	Total.
De 10 á 20 años.		1 (núm. 16, de 18 años)	1
20 á 30.....	1 (núm. 13)	1 (núm. 10)	2
30 á 40.....	3 (núms. 5, 6, 17)	1 (núm. 15)	4
40 á 50.....	4 (núms. 2, 7, 8, 11)	3 (núms. 1, 3, 4)	7
50 á 60.....	3 (núms. 9, 12, 14)		3
	11	6	17

Las diferencias entre los decenios que figuran en el precedente cuadro son escasas, lo que unido á lo corto de la estadística, no autoriza á deducir de la susodicha diversidad numérica conclusiones de alcance general.

**Residencia.**—Esta circunstancia tiene gran interés para el estudio de la distribución geográfica de este mal epidémico, pero solo se podría llegar á firmes y valederas deducciones mediante el recuento de un gran número de casos, recogidos no por un solo médico, sino por los que ejercen en todas las regiones de España. De mi limitada estadística personal, sólo puedo inferir que la meningo-encefalitis epidémica se padece con frecuencia bastante en Madrid, y que además, existe en otras provincias de Castilla la Nueva, en alguna de la Vieja, en Extremadura, en Murcia y en la Andalucía Oriental. Juzgando nada más que por mi experiencia, estos datos demuestran lo difundida que la dolencia se halla en nuestra patria. En cuanto á Madrid, he observado el mayor número de casos en el distrito de Buenavista (cuatro de diez, teniendo referencias de dos más en el mismo sector urbano). He aquí la relación de los puntos de residencia de los 17 enfermos:

Madrid.....	10 (núms. 1, 2, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 16)
Avila.....	1 (núm. 8)
Toledo.....	1 (núm. 5)
Ciudad Real..	1 (núm. 17)
Cáceres.....	1 (núm. 7)
Murcia.....	1 (núm. 13)
Granada.....	1 (núm. 14)
Almería.....	1 (núm. 15)
	17

### Sintomatología.

Para facilitar su ordenada descripción dividiré á los síntomas en difusos y focales.

**Síntomas difusos: cefalea.**—Es constante en todos los casos, así en los pertenecientes á la forma difusa como á la focal; es muy intensa, constituyendo la mayor y principal molestia de que se queja el enfermo, de aparición precoz y se prolonga largo tiempo, persistiendo mucho durante la convalecencia, aunque atenuada entonces ya y con intervalos de remisión. Los sitios predilectos de localización del dolor, son la frente, la parte más alta de la bóveda craneal y la nuca. Algunos enfermos (núms. 10, 12 y 16, por ejemplo) pretenden dar idea de los caracteres extraños de la cefalalgia, apelando á comparaciones hiperbólicas, diciendo unos que sienten que se les salen los sesos por la parte superior de la cabeza, otros que les tiran de la nuca, otros que les estallan los huesos, etc.; la sensación de que se les abre tin boquete en lo alto del cráneo, á través del que parece que les arrancan el contenido, es bastante común.

**Apatía.**—En todos los casos se observa un estado

de torpeza mental, de indiferencia afectiva y de inercia física, que como ya anteriormente hemos indicado, ofrece grados diversos, desde la simple tendencia á permanecer inmóvil y callado, como abstraído, con la mirada fija, sin expresar el menor deseo ni enunciar pensamiento alguno, hasta el más típico y profundo estado comatoso; en los grados intermedios obsérvase la somnolencia y el característico letargo continuado, del que pueden despertarse por los estímulos algo fuertes, para recaer inmediatamente en él. En los casos en que este trastorno está menos acentuado, los enfermos permanecen despiertos, pero se los ve siempre quietos, en la misma postura, no toman iniciativa alguna, rehuyen moverse y hablar, y solo contestan por monosílabos articulados en voz baja, á las preguntas que se les dirigen. Este estado se observa, sobre todo en los casos de la forma focal, unas veces durante todo el curso de la enfermedad, y otros sólo en el período de declinación, siendo entonces consecutivo á la somnolencia ó al letargo; se apreció en los seis casos focales leves (núms. 5, 6, 7, 11, 13 y 17). Hubo somnolencia permanente en tres casos (núms. 1, 4 y 6), letargo bien caracterizado en seis (núms. 9, 11, 13, 14, 15 y 17) y coma en otros seis (núms. 2, 3, 8, 10, 14 y 16); alguna vez el letargo se transforma en estado francamente comatoso.

**Facies atona.**—En su producción intervienen dos factores, uno psíquico constituido por el peculiar estado de obscurecimiento mental que he descrito en el párrafo anterior, y otro somático representado por las paresias de los nervios craneales (oculo-motores y facial).

La fisonomía, sin inmovilidad, como petrificada, con expresión inmutable de tristeza resignada, se encuentra más ó menos claramente manifiesta en todos los casos, así difusos (siendo entre éstos muy patente en dos, números 10 y 16) como focales, pero es, sobre todo, acentuada y típica en estos últimos, en los que persiste largo tiempo en la convalecencia; era sumamente característica en siete casos de esta categoría (números 5, 6, 7, 9, 13, 15 y 17). El rostro del enfermo parece una máscara rígida; los ojos están entornados, por la caída parésica de los párpados superiores, la mirada se halla insistentemente fija en una dirección invariable, toda la actitud del sujeto es la de una estatua en los casos más típicos. Al emitir las contadas palabras que pronuncia, el rostro no se anima, no subrayando la mímica el sentido del lacónico lenguaje hablado, faltando por completo los gestos y toda clase de movimientos expresivos.

**Falta del sueño fisiológico.**—Es un trastorno muy constante en la forma difusa y en la focal, constituyendo uno de los principales motivos de lamentación del enfermo. En la mayoría de los casos, la natural alternancia entre el sueño y la vigilia ha desaparecido, hallándose el sujeto constantemente en un estado de obnubilación, que no es ni dormir ni velar. En ocasiones sustituyen con creces al sueño normal, la somnolencia, el sopor, el letargo ó el coma. Otras veces, el enfermo no duerme por existir continuamente fenómenos irritativos, como delirio, agitación psico-motora (caso nú-

mero 12), etc. En algunos raros casos hay pura y simplemente insomnio sin alteraciones patológicas que suspendan la actividad consciente (casos números 5 y 7).

**Síntomas irritativos.**—Me ha llamado la atención la ausencia de contrácturas, aun en los cuadros más acentuados de irritación meníngea, en contraste con lo que se observa en los clásicos síndromes meningíticos.

**Accesos convulsivos.**—Sólo han ocurrido en dos casos de la forma difusa grave; en uno (núm. 10) eran las convulsiones generales, muy intensas, contándose solo cuatro ó cinco ataques que se presentaron en el corto plazo de tres días; en el otro caso (núm. 16) fueron muy precoces, marcando el comienzo de la enfermedad, y se repitieron durante quince días con mucha frecuencia, varias veces al día, y llegando en una ocasión á constituir un estado de mal, pues se hicieron subintrañtes durante varias horas; estos ataques eran al principio generalizados, pero luego se hicieron unilaterales, interesando solo al lado izquierdo en el que se produjo una hemiplejía completa, flácida, pero con exaltación de los reflejos tendinosos y signo de Babinski que duró diez días, y retrocedió rápidamente al iniciarse la convalecencia, quedando reducida á una hemiparesia.

**Temblor.**—Le he observado en dos casos: era generalizado en uno de la forma focal grave (núm. 9), y en el otro, focal leve (núm. 17), estaba localizado en el miembro inferior izquierdo, pero al exagerarse se hacía extensivo á los otros miembros y aun á la cabeza. El temblor en estos dos casos era bastante extenso y de rapidez media, interesando en masa á las extremidades afectas.

**Delirio.**—Se presentó á menudo, intenso, de palabra y de acción en tres casos difusos graves (números 2, 8 y 10), y en dos focales graves (números 12 y 15). Una forma de delirio más tranquilo, de tipo onírico se observó en dos casos (números 4 y 16) y en otros dos (números 10 y 12), coincidiendo con la regresión del proceso, al desaparecer los síntomas más graves.

**Confusión mental.**—Este síndrome se mostró, sobre todo, acentuado en tres casos (números 2, 4 y 12), y menos marcado en otros tres (números 9, 10 y 16), se revela por la desorientación, la conducta absurda, la falta de congruencia en las palabras y en los actos, pero le disimula el estado de torpeza cerebral y la consiguiente pasividad en que de ordinario se hallan los enfermos, y por eso no tiene, en general, mucho relieve; comunmente se asocia al delirio, como puede verse por la comparación de los casos citados aquí y en el párrafo anterior.

(Concluirá)

### La cesárea clásica como tratamiento de algunas formas de bronconeumonía durante el embarazo

por

J. TORRE Y BLANCO

Del Hospital General de Madrid.

Las últimas epidemias de gripe han suministrado un buen número de casos de bronconeumonías, que

no se han distinguido precisamente por su benignidad, sino que, por el contrario, se han manifestado con caracteres de verdadera gravedad.

Y no cabe duda que si la bronconeumonía se presenta en una embarazada, su gravedad aumenta de modo considerable, tanto más cuanto más avanzado se encuentre el embarazo. Este es un hecho en el que todos los que se dedican á la Obstetricia, así como los internistas, están en absoluto conformes. Así vemos que Ottow (1) obtiene de sus estadísticas un 66 por 100 de mortalidad; que W. Benthin (2) afirma que las más graves bronconeumonías—que la mayor parte terminaron por defunción—fueron observadas durante el embarazo, parto ó puerperio, y que Wöllner (3) sostiene que la bronconeumonía es la enfermedad de peor pronóstico de las que pueden complicar el embarazo. Y por lo que á nuestra experiencia personal se refiere, podemos afirmar que hemos visto morir á la mayor parte de las bronconeumónicas embarazadas, sobre todo cuando la gestación es de más de seis meses.

Sin embargo, creemos que algunas de estas enfermedades se salvan ó se deben salvar siguiendo un tratamiento adecuado que ha de ser uno ú otro según la forma clínica de cada caso. Sobre esto hemos de puntualizar un poco antes de proseguir nuestro trabajo.

Se ven muchos casos en los que—más que las lesiones locales pulmonares—son los fenómenos septicémicos generales los que se traducen por una gravedad extraordinaria desde los primeros momentos. Son estas enfermas en las que, acompañando á los síntomas que dé por sí el proceso local bronconeumónico, se encuentran una elevada reacción febril, un acentuado estado de postración, al que no es ajeno la insuficiencia aguda de los suprarrenales, una marcada insuficiencia del miocardio, que entre otros síntomas suministra el de la hipotensión vascular, y todos los fenómenos, en fin, que demuestran una gran virulencia en los gérmenes que han invadido á la enferma. En estos casos y tanto más pronto cuanto más grave es la infección—sobreviene el aborto ó parto prematuro espontáneos, que suministra rápidamente un feto muerto, ó que muere en pocas horas, y que agrava más, si cabe, el pronóstico de la ya puerpera. El tratamiento de estos casos, sea el que sea, es de resultados bien poco halagüeños y se puede decir que todas estas enfermas—aparte alguna excepción, que confirme la regla—mueren en pocos días, y á veces en horas. Sin embargo, no debe abandonarse un tratamiento basado en tónicos cardíacos y toda clase de estimulantes de las defensas orgánicas, no olvidando, de ninguna manera, el empleo de la vacuna antigripal preparada con estreptococos Pfeiffer y pneumococos, vacuna que creemos ha sido injustamente olvidada en los trabajos extranjeros, ya que en casi ninguno se habla de ello, cuando podemos afirmar, por casos que hemos tenido ocasión de

(1) OTTOW: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in ihren Beziehungen zur Grippe, *Zentralblatt f. Gynäkologie*, Enero, 1919.

(2) W. BENTHIN: «Ueber Grippe» (*Zentralblatt f. Gynäkologie*, Rne-ro, 1919).

(3) A. WÖLLNER: «Die Geburtshilflichen Beziehungen der spanischen Grippe», (*Zentralblatt f. Gynäkologie*, Abril, 1913).

observar, que es de positivos resultados en las complicaciones broncopulmonares de la gripe.

Existe otra forma clínica en la que las enfermas—aparte sus lesiones locales de pulmón—presentan un estado general al parecer satisfactorio y que por el momento no hace pensar en un pronóstico gravísimo. Sin embargo, estas enfermas, en los primeros días—más bien, en las primeras horas,—sufren el aborto ó parto prematuro espontáneo, que casi siempre es rápido, y desde este momento se agravan de tal modo que entran de lleno en la forma clínica más arriba expuesta. Inútil es decir, que cuantos fetos se expulsan en estas condiciones son ó muertos ó para morir al poco tiempo. En esos casos, á pesar de no manifestarse en los primeros momentos de modo muy ostensible, la virulencia de la infección, es grande, ya que provoca por sí sola la interrupción del embarazo. Ahora bien, es preciso no olvidar que muchas de estas enfermas son tuberculosas antiguas (aun con lesiones casi insignificantes), circunstancia muy digna de ser tenida en cuenta para la génesis de la fulminante agravación del proceso, una vez expulsado el feto. Ni que decir tiene que el pronóstico de estas enfermas es por demás sombrío y que el tratamiento indicado es el mismo que hemos dicho para las pacientes del grupo anterior.

Pero hay otro grupo de casos—no los más frecuentes, desde luego,—en los que si bien las enfermas están verdaderamente graves, no es debida su gravedad á la virulencia de la infección, sino á fenómenos locales—ó para mejor puntualizar,—á fenómenos mecánicos circulatorios, los cuales *existen única y exclusivamente debidos á su gestación ya avanzada*. Son estas enfermas las que *no presentando fenómenos marcados septicémicos y no sufriendo el parto prematuro espontáneo en los dos ó tres primeros días, experimentan acentuadas crisis de asistolia, durante las cuales se ponen extraordinariamente cianóticas, acusan una disnea muy pronunciada y presentan un pulso hipertenso*, fenómenos todos que de no existir una gestación avanzada no se presentarían, ó de presentarse, sería de modo mucho más atenuado.

Es en el tratamiento de estas enfermas en el que nos proponemos insistir en este trabajo, ya que tenemos sobre el particular un criterio un poco personal y poco recomendado por la mayoría de los tocólogos, que desde luego está dentro de un marcado intervencionismo, que dicho sea de paso, no puede ser sospechoso en nosotros, ya que contrasta con el abstencionismo que hemos recomendado en otras ocasiones con relación á procesos en los que la mayoría se muestran intervencionistas (1).

En estos casos nosotros aconsejamos como tratamiento fundamental á seguir, sin vacilaciones, la cesárea clásica, bajo anestesia raquídea, consejo que estamos autorizados á dar por dos casos clínicos, cuyas historias vamos á reunir antes de seguir adelante.

Primer caso.—M. R., de treinta y siete años de

edad, natural de Madrid,—ocupa la cama núm. 4 del pabellón del Dr. S. Covisa, del hospital de San Juan de Dios, por entonces bajo la dirección del Dr. Bejarano.—Ha tenido cinco partos normales. En el momento de la observación (Agosto, 1919) está embarazada de ocho meses y medio, con un feto vivo y sin fenómeno alguno de parto.

Al observarla nosotros por primera vez, llevaba dos días con focos bronconeumónicos múltiples de la base izquierda, expectoración algo hemorrágica, unas 160 pulsaciones, disnea y cianosis intensas y pulso hipertenso. El día anterior al de nuestro reconocimiento se le había practicado una sangría (300 c. c.) que hizo mejorar notablemente, aunque de modo muy transitorio, su estado francamente asistólico, que era otra vez muy pronunciado al verla nosotros. Previo acuerdo con nuestro compañero el Dr. Bejarano, practicamos la cesárea clásica bajo anestesia raquidiana, obtenida con 6 centigramos de estovalna. No aplicamos ergotina y la enferma recién operada estaba con 110 pulsaciones y sin disnea. Feto de 3.000 gramos, vivo y sano (vive en la actualidad). Desde el día de la operación la enferma mejora visiblemente, y desde luego no reaparecen las graves crisis de impotencia cardíaca anteriores, no pasando el pulso de 110 al minuto. Su proceso bronconeumónico es tratado por el Dr. Bejarano, con digital, aceite alcanforado, suero antiestreptocócico (el análisis de esputos dió abundantes estreptococos) y á los cuatro días entra la enferma en franca convalecencia que termina por rápida curación.

Segundo caso.—J. L., de treinta años, natural de Avila. Ocupaba la cama núm. 12 de la sala 7.<sup>a</sup> del Hospital general. Ha tenido tres partos normales. En el momento de nuestra primera observación (Diciembre, 1919), está embarazada de ocho meses y medio y con feto vivo y también sin ningún síntoma de parto. Al verla nosotros llevaba dos días enferma con fiebre no muy alta (no pasa de 38°5) y observamos un foco de bronconeumonía en la base derecha. Buen estado general, salvo alguna crisis de impotencia cardíaca, no tan pronunciadas como en la enferma anterior, pero que producen una disnea muy acentuada, cianosis y también pulso hipertenso. Guiados por el éxito de nuestro primer caso, no esperamos más y le damos ingreso en la sala de nuestro querido amigo y maestro el Dr. Vigueras, y le practicamos la cesárea clásica bajo anestesia raquidiana por estovalna. Feto vivo, de 2.800 gramos. Curso postoperatorio normal. Tratamiento general de la bronconeumonía; pero desde que se practicó la intervención no vuelven las crisis asistólicas, y la enferma, á los seis días de operada, entra en convalecencia.

Creemos que tienen cierto interés estos dos casos, ya que son bien pocos los autores que hablan de la cesárea, como tratamiento de las bronconeumonías ó como tratamiento de la asistolia, que al fin y al cabo es de lo que se trata en nuestras enfermas. Remitiéndome á los trabajos más recientes, observamos que Ottow y otros muchos (1) solo hablan, para censurarla

(1) Véase nuestro trabajo sobre «El legrado uterino en Obstetricia» en *Clínica* (núms. 7 y 8), y las actas de la Sociedad Ginecológica Española del ou so de 1918-19, correspondientes al debate sostenido por esta Sociedad, sobre «Embarazo ectópico».

(1) OTTOW: Loc cit. BIANCHI: Grippe y embarazo (*La Rassegna d'Obstetricia e Ginecologie*, Junio-Julio-Agosto, 1919).

(á nuestro juicio con razón), de la cesárea *post-mortem*, hecho con el fin de salvar al feto. Rubianni (1) recomienda la cesárea *ante-mortem*, pero practicada en período agónico, hecha también con el único fin de salvar el feto, pero descontando desde luego la salvación de la madre.

Friedrich Jacob (2) dice que á veces en ciertos casos de bronconeumonía, la cesárea no es perjudicial, y que incluso puede ser útil, pero que no se puede aconsejar al médico general, y Fellner (3) es el que, refiriéndose á la asistolia, recomienda francamente la cesárea.

A nuestro juicio es saber escoger bien los casos lo principal para proceder á la histerotomía abdominal.

En nuestros casos y en todos los semejantes, ¿qué porvenir hubiese esperado á la madre y al feto no interviniendo? Seguramente la impotencia cardíaca se hubiese hecho cada vez más manifiesta y hubiese acabado con la enferma antes de parir, en cuyo caso el feto también se hubiese perdido casi con seguridad ó hubiera comenzado el trabajo de parto de modo espontáneo, accidente que como es sabido empeora notablemente la descomposición cardíaca y la madre y el feto hubieren sucumbido en pleno parto ó pocos momentos después.

Provocando el parto por medios vaginales, el resultado hubiese sido tan poco satisfactorio como en el caso anterior.

En cambio la cesárea clásica suprimía de raíz—y sin provocar esfuerzos por parte de la enferma que hubieran agravado su asistolia—la causa mecánica de ésta, obtenía el feto vivo y suministraba la mejoría de la paciente, como en efecto ocurrió en ambos casos. Claro que hecha la cesárea con anestesia general (éter ó cloroformo), el resultado hubiese sido completamente negativo por las lesiones de aparato respiratorio, pero la raquiánestesia resuelve de modo satisfactorio este inconveniente, pudiendo decir que si este método de anestesia tiene alguna indicación de necesidad, es en estos casos.

En una palabra—y para terminar,—nosotros resumimos nuestro trabajo en la conclusión de que en aquellos casos de bronconeumonía en los que el único síntoma verda deramente grave sea la asistolia, producida por la causa mecánica que representa un embarazo avanzado (y por tanto con feto viable), y que se observe ausencia de síntomas graves septicémicos, el tratamiento fundamental indicado es la cesárea clásica, hecha con anestesia raquídea. E insistimos en que lo importante es escoger bien los casos y no confundir la asistolia por causa mecánica con la cianosis y disnea que produce la insuficiencia aguda del miocardio, debida á la virulencia de la infección. En estos casos, aparte otros fenómenos septicémicos, el pulso es hipotenso, apenas mejoran con la sangría, y el parto se presenta espontáneamente dentro de los dos primeros

días. En aquéllos faltan los síntomas septicémicos, el pulso es hipertenso; la sangría abundante mejora transitoria, pero notablemente, los síntomas y el parto no sobreviene espontáneamente más que al cabo de bastante tiempo.

Esta, al menos, es la impresión que obtenemos de nuestra experiencia personal.

Enero de 1920.

## LOS REBLANDECIMIENTOS BULBARES<sup>(1)</sup>

POR EL

DR. J. M. DE VILLAVARDE

En la lesión del núcleo del motor ocular externo ó de su raíz produce una paresia del músculo, de cuya inervación está encargado. Nunca—en los casos descritos—ha sido muy intensa y se ha revelado por una diplopia transitoria.

La parálisis de la laringe y del velo del paladar nos dá la razón que nos sirve para explicar los síntomas de deglución y fonación tan evidentes en el comienzo de estos casos. Aquí ocurre una cosa parecida á lo dicho con el facial, ya que son trastornos que tienden á desaparecer.

Mucho más raras son las parálisis que sobrevienen en los músculos *trapezio* y *esternocleidomastoideo*. Su génesis está bien clara, ya que al igual que en los nervios precedentes, de lo que se trata es del núcleo donde las fibras que inervarán dichos músculos se originan, ó más probablemente de estas fibras en su origen. Pero el hecho es muy raro y no lo hemos visto descrito hasta ahora. Desde luego la parálisis de estos músculos, su atrofia evidente y las variaciones en su excitabilidad eléctrica, hacen suponer que se trataba de una lesión intensa de dicho núcleo.

El hipoglosso suele estar afectado con una frecuencia bastante grande, pero no es raro que á veces permanezca normal. Un ejemplo de ello es nuestro segundo caso. Cuando hay parálisis de este nervio, si es un poco intensa, va acompañada á la larga de atrofia de los músculos correspondientes.

A los síntomas producidos por la lesión de los nervios craneales hay que añadir el de los vestibulares y cerebelosos que se presentan en el mismo lado correspondiente á la lesión.

El nistagmus se presenta frecuentemente aunque varía en sus características de un caso al otro. Los centros del vestibular son en gran parte responsables de su producción, pero siendo tan grande el número de vías que se hallan en esta región, que pueden ser simultáneamente lesionadas y que con dicho síntoma se relacionan, sería ilógico atribuirlo á la lesión exclusiva de las citadas formaciones.

En nuestros dos casos era más intenso al mirar los enfermos hacia la izquierda (lado opuesto á la lesión), lo cual es la excepción según los autores que se han ocupado de esta materia.

La tendencia á caer hacia el mismo lado es debida, según muchos autores, á la lesión del cuerpo restiforme. Esto podía ser verdad en muchos casos, pero en nuestro sentir, ese criterio no siempre es aplicable. Nuestro segundo caso, en el cual pudimos asegurarnos que no había síntomas cerebelosos atribuibles á lesiones de dicho pedúnculo, existiendo en cambio otros que siempre faltan al estar dicha vía lesionada (síntoma de Romberg), nos inclinan á dar otra inter-

(1) Véase el número anterior.

(1) RUBIANNI: Sobre un caso de sección cesárea *ante-mortem* (id., id.)

(2) F. JACOB: "Uebber Grippe und Schwangerschaft" (*Zentralblatt f. Gynäkologie*, Septiembre 1919).

(3) Citado en la Obstetricia de Bar. Brindeau, etc.

pretación. Creemos que la tendencia á caer hacia el lado de la lesión, unido á otros síntomas como el de Romberg y el andar con las piernas separadas, deben explicarse por lesión del núcleo de Deiters ó del haz vestibulo-espinal que en él se origina.

Pero á veces hay síntomas cerebelosos muy marcados como la adiadococinesis y una ataxia de dismetría muy marcada, y claro está, cuando tal ocurre estos síntomas tan solo pueden explicarse por lesión del cuerpo restiforme. Lo chocante es lo que ocurría en nuestro primer caso donde estos síntomas existían de una manera evidente y siendo tan solo explicables por lesión de dicha vía, permanecía indemne el trigémino cuya raíz descendente y substancia gelatinosa se hallan situadas precisamente delante del cuerpo, restiforme, entre éste y otras formaciones más interiores bastante lesionadas por el proceso. Quizás es debido á una lesión de la vía espino cerebelosa antes de entrar á formar parte del cuerpo restiforme de otras formaciones cerebelosas cuya fisiología no se conoce aún bien.

Siempre que existen síntomas cerebelosos se presentan sin afectar el carácter localizado que afecta solo á un grupo de músculos y que se produce cuando está lesionado uno de los centros existentes en los hemisferios cerebelosos. Cuando tal ocurre hay que suponer se trata al mismo tiempo de una lesión del cerebelo. El caso ya citado de Haiké y Lewy nos presenta un ejemplo de esto.

En el mismo lado de la lesión se presentan con frecuencia grandes trastornos *oculo simpáticos*. La constancia de este síntoma ha llamado poderosamente la atención y se han buscado algunas explicaciones.

Es un hecho hoy fuera de duda que un síndrome igual al producido por una lesión del sistema simpático cervical, puede presentarse en casos de lesiones de los centros nerviosos. Evidentemente las fibras que de los últimos segmentos medulares pasan al simpático son continuación de otras que discurren por diversos sitios del sistema nervioso central y cuya lesión da lugar á un síndrome de Horner.

A decir verdad, el curso que á dichas fibras adjudican Breuer y Marburg no nos convence y nos parece un poco arbitrario, así como también el criterio que siguen para determinar el sitio donde están colocadas en el bulbo raquídeo.

Sin discutir este punto que nos llevaría muy lejos, consignaremos que en nuestro caso segundo donde el síntoma de Horner era marcadísimo no había el menor trastorno del trigémino dorsal y centralmente del cual se suponen colocadas las fibras simpáticas. Y que en contra de lo que se ha supuesto, que una lesión para que produzca ese síntoma ha de ser profunda, la de nuestro enfermo (á juzgar por los síntomas observados) no presentaba este carácter.

Ante un caso sospechoso de reblandecimiento bulbar, tenemos que resolver las dos cuestiones siguientes: Primeramente, si se trata ó no de un reblandecimiento, y en segundo lugar, cuál es la extensión de éste.

No es necesario insistir sobre la importancia de la primera de estas dos cuestiones.

Es una cuestión puramente diagnóstica asegurarnos de la existencia ó no existencia de un reblandecimiento. Resulta esta primera duda en un sentido afirmativo; la resolución de la segunda es de importancia suma. El diagnóstico de la extensión del reblandecimiento nos permitirá suponer hasta cierto punto cómo evolucionará, su mayor ó menor gravedad, etc.... En una palabra, resolver esta cuestión será de

gran importancia para hacer un pronóstico dentro de lo que la seriedad del proceso nos lo permita.

Lo primero de lo que debemos asegurarnos es de si se trata efectivamente de un síndrome bulbar. Para ello no debemos olvidar los síntomas que se presentan y cuya sucinta explicación hemos hecho. A veces esto no es muy fácil, pues los síntomas son pocos y es más difícil reconocer donde radica la lesión focal. Pero cuando los síntomas bulbares son ya más, averiguar que se trata de una lesión del bulbo raquídeo no presenta grandes dificultades.

Una vez bien seguros que de lo que se trata es de una lesión del bulbo raquídeo, tenemos que averiguar la naturaleza de ésta. La afirmación, que es producida por un reblandecimiento, puede hacerse solamente—como siempre que de esto se trata—dentro de los límites de una mayor ó menor probabilidad.

Los reblandecimientos bulbares sobrevienen súbitamente, de repente, y la sintomatología se constituye toda de una vez. Se presentan en sujetos de cierta edad, en algunos de los cuales los síntomas de arterioesclerosis son evidentes.

Su curso es el de disminuir algo algunos síntomas, aunque la importancia de los centros lesionados hace que la mejoría sea sólo apreciable dentro de límites no muy amplios. En otras afecciones bulbares la manera de presentarse los síntomas y su manera de evolucionar son completamente diferentes.

La extensión del reblandecimiento se diagnostica por el número de núcleos y vías afectadas y por el curso que siguen algunos de estos síntomas. Conviene no olvidar que alrededor de todo reblandecimiento hay una zona no completamente destruida que es susceptible de una restitución casi completa. Los fenómenos de *diasquisis* bulbar son también de tener en cuenta.

La presencia de una paresia del sexto par indica que la lesión alcanza cuando menos el nivel de este núcleo en dirección oral. El nivel más alto, al que se han visto alcanzar la lesión en los casos descritos.

De la misma manera una lesión del núcleo del undécimo par (trapezio y esternocleidomastoideo), como en el primer caso nuestro, nos pone de manifiesto hasta dónde llega el reblandecimiento en dirección caudal.

Y un criterio parecido, viendo los núcleos ó vías afectadas, y teniendo en cuenta el sitio que éstos ocupan en el bulbo, nos permite formarnos una idea de la extensión del proceso en diversas direcciones. Lo ya citado á propósito de la cinta de Reil (sensibilidad al contacto, localización y profundas) nos sirve para averiguar dónde llega el reblandecimiento en dirección transversal y es un ejemplo de cómo deben interpretarse los síntomas para resolver la cuestión que ahora tratamos.

#### Bibliografía.

- (1) KUTNER y KRAMER: Sensibilitätsstörungen bei acut und chron. Bulbärerkrankungen. — Archiv. für Psych. 42, Band.
- (2) SCHLESINGER: Die Syringomyelie, 1902.
- (3) WALLENBERG: Akute Bulbäraffektion. Archiv. für Psych. 27 Band. Anatomischer Befund, etc... Archiv. für Psych. 34, Band. Klinische Beiträge zur Diagnostik akuter Herdkrankungen des verlängerten Markes und der Brücke. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk. 19, Band. Neue Fortschritte in die topischen Diagnostik des Pons und der oblongata. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk. 41, Band.
- (4) EDUARD MÜLLER: Ueber ein eigenartiges, scheinbar typisches Symptomenbild der apoplektiformen Bulbärläh. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk. 31 Band.

- (5) L. R. MÜLLER: Ueber ein typische Erkrankung des vesling. Mark. Arch. f. Klin. Medizin 86 Band.
- (6) EHRLARD SCHWARZ: Ueber anatomischer und klinischen Befund bei Verschluss der. ter. cereb. post. inf. Monatsschr. f. Psych. und. Neur. 32 Band.
- (7) MANN: Caso publicado por Kutner y Kramer.
- (8) KUTNER y KRAMER: Loc. cit.
- (9) GOLDSTEIN y BAUM: Beiträge zur Lehre von der Versopfung der Art. cereb. post. sup. Arch. f. Psych. 52 Band.
- (10) BREBER y MARBURG: Zur Klinik und Pat. der apoplektiformen Bulbärparalyse. Obeisteiner's Arbeitun. IX Band.
- (11) RUDOLF BRUN: Monakow's Arbeiten, 1911.

## Periódicos médicos.

### MEDICINA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Ascitis hemorrágica. Modificación del derrame por las inyecciones de emetina, por el Dr. Duprat.**— Hombre de cuarenta y cuatro años, con cirrosis atrófica y ascitis hemorrágica voluminosa.

La primera punción dió salida a un líquido francamente hemorrágico, que al posarse dejó coágulos, por lo que se cortó al instante el desagüe del líquido.

Al cabo de algún tiempo el autor hizo la segunda punción, sacando siete litros de líquido, también hemorrágico, casi rutilante. Los días siguientes se acentuó la anemia que ya existía, el estado general se agravó y la administración de hierro, hemoglobina y suero equino, no dió resultados apreciables.

Como el líquido se reproducía rápidamente, traté de modificar su composición administrando emetina que, según se sabe, hoy tiene una acción bien definida sobre las hemorragias. Puse una serie de inyecciones subcutáneas alternas de clorhidrato de emetina, 4 centigramos cada una; hice la punción exploradora después de la cuarta inyección. Salí un líquido hemático, de color pardo, pero evidentemente con menos sangre que las veces anteriores.

Se continuaron las inyecciones hasta el número de seis, y después de cinco días de descanso se puso una nueva tanda. Pasada la décima inyección fué precisa otra paracentesis, de la que resultaron 12 litros de líquido amarillo, apenas rosado, de gran densidad, pero nada de hemorrágico.

Hace algunas semanas, con motivo de la última punción, se ha visto que sigue la mejoría. Por lo tanto el clorhidrato de emetina en inyecciones subcutáneas puede emplearse, al parecer, con éxito para modificar la naturaleza hemorrágica de algunos derrames ascíticos.

Si la evolución de la enfermedad causal no mejora nada, por lo menos la punción resulta menos nociva y puede repetirse sin temor.

El medicamento no acarrea ningún inconveniente y, dados los buenos resultados que puede producir su empleo, se encuentra muy justificado. (*Journal des praticiens*, 7 de Febrero de 1920.)

2. **Acerca de las variaciones de la acidez del jugo gástrico «in vitro», por los Dres. Barthe y Malgoyre.**— Habiendo leído los autores un trabajo del Dr. Maurin en el que se hacía constar la necesidad de determinar rápidamente la acidez del contenido gástrico, en cuanto se extrae, ó por lo menos, tener en cuenta el aumento que sufre *in vitro* con el tiempo, han hecho experimentos dosificando la acidez libre y la total en contenidos gástricos repetidas veces y

en tiempos diversos, después de la extracción. Han seguido el método corriente del dimetil y la fenolftaleína, obteniendo los resultados siguientes: 1.º, de cinco jugo-gástricos examinados, en tres disminuyó la acidez total y en dos aumentó con respecto a la dosificación; 2.º, ni la disminución ni el aumento guardaban proporción constante, pero es de notar que la disminución se producía en los quimos más ácidos y el aumento en los que lo eran menos; 3.º, en general, hay aumento de la acidez setenta y dos horas después de la extracción, y si el aumento había empezado, a las cuarenta y ocho horas continúa; 4.º, la acidez libre sigue una marcha sensiblemente paralela a la acidez total. Por lo visto, se produce fermentación en los medios cuya acidez no es suficiente para impedirla. En los medios más ácidos sigue combinándose el ácido con los albuminoides disueltos en el jugo gástrico; el proceso de la fermentación no se desarrolla hasta que la acidez ha disminuido lo suficiente para que pueda verificarse; de aquí, que marchando al principio la acidez en sentido decreciente, aumente más tarde de nuevo. Esta explicación no es sino una hipótesis. De todos modos, hay que convenir con el Dr. Maurin, que la dosificación debe hacerse en el acto de la extracción. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 de Febrero de 1920.)

### BIOLOGIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acerca de la fisiología patológica del calor humano, por el Dr. A. Meyer.**—El autor ha estudiado por espacio de varios meses la marcha de algunos enfermos que presentaban varias particularidades en su curva térmica. Su temperatura era subfebril sin que el examen más minucioso verificado en todo este largo espacio de tiempo revelase la menor causa orgánica que justificase aquella fiebre. Además faltaban las oscilaciones normales de la curva térmica, de modo que representaba esta una línea casi recta. Existía diferencia muy pronunciada de temperatura entre la axila seca y la húmeda. También había gran diferencia entre la temperatura de la axila y la del recto; las reacciones térmicas de estos sujetos eran muy grandes al movimiento, pero lo más extraño en ellos era su gran reacción a la administración parenteral de proteicos.

Se trataba en todos los casos de individuos algo hipertiroideos y que en cambio tenían algo de insuficiencia pancreática. Cuando hay hipertiroidismo suele haber tendencia a las temperaturas subfebiles; en cambio, cuando la glándula funciona menos de lo normal las temperaturas también son subnormales. Por el procedimiento de Schmidt de las inyecciones de leche no se produce fiebre en individuos mixedematosos y en general en aquellos en que hay hipotiroidismo, de modo que debe existir una diátesis afebril. En cambio en los sujetos de que me ocupo las reacciones eran muy violentas, por lo que se debe suponer cierta relación entre el tono del sistema vegetativo y el mecanismo de producción de la fiebre tras de las inyecciones de leche.

Dadas las modalidades de reacción de los individuos que hemos expuesto según que fueran hiper ó hipotiroides, es de pensar que exista cierta relación entre los hormones tiroideos y los centros termógenos del bulbo. Los experimentos del autor son favorables a esta hipótesis. Los animales vueltos poikilotermos por picadura del mesocéfalo no tienen reacción térmica a las inyecciones de tiroidina y de adrenalina. Por lo que se refiere a pruebas de metabolismo que se hicieron en varios de estos enfermos, no se diferenciaban nada de las personas normales, el balance del metabolismo de los proteicos era siempre positivo. De aquí resulta que el

aumento del catabolismo de proteicos en las enfermedades febriles, y especialmente midiendo este catabolismo por la cantidad de nitrógeno eliminado no depende de un modo directo del aumento de temperatura. La hipertermia y el metabolismo no son paralelos. Tampoco son paralelas la hipertermia y la glicemia. De estos resultados saca el autor una pregunta y es si en el encéfalo existen junto á los centros térmicos verdaderos centros vasomotores. En el suelo del cuarto ventrículo hay vías simpáticas que se extienden hasta el mesocéfalo, de modo que en éste sería donde se encontrasen los centros superiores de inervación vascular y el bulbo sería subordinado.

Como son muchos los centros que se suponen á nivel del mesocéfalo es más probable que haya uno solo encargado de regular el tono del sistema vegetativo. En apoyo de esta opinión están mis experimentos, según los cuales las sustancias que tienen acción sobre el estado de contracción de los vasos también ejercen acción termorreguladora y esta influencia desaparece por la picadura del mesocéfalo. La inmediata consecuencia es que la curva térmica normal no depende, como hasta la fecha se creía, de la digestión y del movimiento, sino de la acción que ejercen los hormones sobre la región subtalámica, donde está el centro vegetativo. Si esto es exacto por acción de los hormones tiene que modificarse la curva térmica. En efecto, algunos autores han demostrado que cuando falta adrenalina, la temperatura baja hasta la muerte del animal, y no sólo esto, sino que si á un animal en estas condiciones se le somete á la acción de sustancias que normalmente provocan una hipertermia, la reacción ó falta ó es de intensidad inferior á la normal. Lo mismo se puede decir del extracto de tiroides. El extracto de hipófisis produce el efecto contrario. Administrando antitiroidina á los enfermos hipertérmicos se obtuvo un descenso general de la curva, pero lo que es más importante, en lugar de ser una línea casi horizontal como era antes, presentaba descensos marcados y estos descensos se producían con entera independencia del movimiento ó del reposo, del ayuno ó de la alimentación y á las horas en que la experiencia enseña que se produce en individuos normales.

Las reacciones con que respondían á la administración parenteral de albuminoides y que según hemos dicho antes eran exageradas, también se redujeron de intensidad hasta ser casi normal. El metabolismo, y singularmente el de los proteicos, no sufrió alteración alguna. Con ocho días de tratamiento por la antitiroidina se consiguió suprimir de un modo persistente la hipertermia.

Después de estos experimentos en hipertérmicos se practicaron otros muchos en hombres sanos que dieron los resultados siguientes:

- 1.º La administración de adrenalina durante varios días eleva en general la curva térmica, y sobre todo desaparecen los descensos.
- 2.º El mismo resultado, aunque no tan pronunciado, con la administración parenteral y sus derivados, en especial tiroidina.
- 3.º Al mismo tiempo aumentaron mucho las reacciones á la administración parenteral de albuminoides.
- 4.º En la mayoría de los casos el efecto desapareció inmediatamente de suprimida la causa, pero en algunos persistió bastante tiempo.
- 5.º Con la antitiroidina se obtuvieron los efectos totalmente opuestos.
- 6.º También este efecto desapareció al poco de suprimir la causa y sólo persistió en algún que otro caso.
- 7.º Ninguna de las sustancias citadas ejerció la más mínima acción sobre el metabolismo; el de los albuminoides

especialmente siguió invariable. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 11 de Diciembre de 1919).

2. **Glándulas salivares y endocrinas.**—Dalcé, en el *Journ. Méd. et Chirurg. pratiques* (25 Noviembre 1919) dice como comentario á una observación, que existe una indiscutible sinergia entre las glándulas salivares, el tiroides y el ovario.

En dos fases de la vida genital de esta enferma caracterizada por hipo ó disovaria, embarazo y menopausia, las glándulas salivares experimentaron una hiperfunción. En la menopausia el hipoovario y la hiperparótida se combinaron á una hipertiroidea. Las perturbaciones de las glándulas salivares en este caso demuestran que tales glándulas participan de la interdependencia del sistema endocrino. Se podría, pues, ensayar una conclusión diciendo que todos los trastornos testiculares ú ováricos de origen parotideo no son fatalmente de naturaleza infecciosa, pero esta proposición no puede considerarse sino prematura.

El éxito de la terapéutica en el caso dicho autoriza a intentar un tratamiento por la hemato-etiroidina contra la enfermedad de Miculicz, porque esta enfermedad debe entrar en el síndrome poliglandular.

## TERAPEUTICA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Los tumores producidos por el aceite alcanforado.**—Los doctores W. H. Moot y W. G. Wander presentan el siguiente caso:

La señorita A. R., de treinta y dos años de edad, había gozado de buena salud hasta mediados de Diciembre de 1918, cuando tuvo influenza seguida de una neumonía grave, y había recibido durante el período crítico de su enfermedad, cuando se hallaba semiinconsciente durante unos cinco días, unas ocho inyecciones de aceite alcanforado en el brazo derecho y tres ó cuatro en el izquierdo. Algún tiempo después sintió que el brazo derecho estaba débil y que los sitios de las inyecciones eran sensibles al tacto, aunque no había dolor real. No le prestó atención á sus brazos hasta el mes de Junio, seis meses después, cuando consultó al doctor con respecto á los «bultos» en ellos. El doctor le dijo que no se debían á las inyecciones porque había una tumefacción en la superficie interna del brazo derecho, donde no se habían practicado inyecciones. Los tamaños de los tumores segúan aumentando aunque no se podía observar ningún cambio de color. En la última parte de Junio, ó sea seis meses y medio después de las inyecciones, comenzaron á aumentar de tamaño bastante rápidamente y se volvieron rojos é inflamados y algo doloridos á la presión. Continuaron creciendo é inflamándose hasta que ahora en Septiembre, nueve meses después de las inyecciones, las partes anterior, externa y posterior del brazo derecho se hallan por enteró hinchadas, endurecidas y muy infiltradas y de un color rojo azulado manchado. La temperatura local es mucho más elevada que la de la piel normal. La masa es lobulada y alrededor de la periferia los bordes son lineales y se diferencian muy bien del tejido adyacente, con muy distinta limitación, en vez de con fundirse gradualmente con el tejido normal. La cara interna del brazo se halla representada por una banda de infiltración ancha, circular y rojiza, y en este sitio la inflamación es algo más aguda. El proceso rodea por completo al brazo poco más arriba del codo, en forma de una banda infiltrada, y ha impedido de tal modo la circulación de regreso, que se ha producido un edema de la mano y del antebrazo.

En el brazo izquierdo hay también un tumor inflamado de una manera semejante, poco más arriba del codo, pero

es mucho más pequeño y se extiende tan sólo á la cara externa.

Extendiéndose hacia abajo por la cara externa de los codos así como de los antebrazos á una distancia de ocho centímetros en el brazo derecho y seis centímetros en el izquierdo, se hallan las mismas infiltraciones blandas con bordes angulares de forma triangular y con vértices apuntando hacia abajo. Tienen también un color rojo ligero, pero no están tan inflamadas como las lesiones más antiguas de los brazos. Pueden palparse como largas cadenas de tumores pequeños en forma de cuentas alrededor de la periferia de los tumores, y es posible que se extiendan también hacia la axila derecha, como los tumores malignos metastásicos que se desarrollan á lo largo de los canales linfáticos. Es obvio que estos procesos son resultado de la penetración del aceite á lo largo de las vías de menos resistencia, como los canales linfáticos ó entre las fibras musculares.

Los espacios de la parte superior del pecho y supraclavicular se hallan algo hinchados, pero no revelan ninguna formación de tumores. Las venas superficiales dilatadas indican que esta hinchazón es secundaria á la obstrucción circulatoria del brazo.

En nuestro primer caso, diagnosticado en 1914, se extirpó un pedazo de tumor inflamatorio que el patólogo diagnosticó como tuberculoso, probablemente á causa del carácter granulomatoso del tumor con muchas células gigantes. Esto nos hizo creer al principio que los tumores correspondían á la clase de los sarcoides. En un caso más reciente, con casi ninguna inflamación clínica, se extirpó un pedazo y se descubrió el verdadero carácter de la lesión.

Darier y Boeck han empleado la expresión sarcóide para diferenciar los tumores subcutáneos que son granulomas, y se deben en algunos casos á la tuberculosis, mientras que en otros casos se desconoce la etiología. En algunos de sus aspectos clínicos, los tumores descritos hubieran podido clasificarse de este modo al principio, puesto que los tumores inflamatorios son granulomas también; pero ahora que se ha establecido su factor etiológico no deben clasificarse más con el grupo de los sarcoides, puesto que se sabe que son tumores inflamatorios producidos mecánicamente.

Desde que se comenzó á inyectar subcutáneamente la parafina para el tratamiento de varios defectos, hemos conocido la posibilidad del desarrollo subsecuente de los tumores y la actividad de éstos. En la mayoría de los casos no se experimentó dificultad para diagnosticar estos tumores, porque por lo general el paciente sabe, cuando se presenta para tratamiento, que se deben á la parafina.

Los tumores debidos á la inyección subcutánea de aceite alcanforado se parecen mucho á los parafinomas en su evolución lenta, su tipo peculiar de infiltración, parecida al concreto, y la fecha en que se desarrollan después de la inyección. Su localización es tan diferente de la de los parafinomas, que no puede ni aun sospecharse que sean de la misma naturaleza y se deban á la misma causa, á saber: la inyección subcutánea de un aceite, probablemente mineral.

Un análisis de los casos revela una serie de seis pacientes que desarrollaron tumores en los brazos, algunos también en los muslos, todos con casi la misma anamnesia y lesiones de las mismas características, á saber: la aparición de tumores profundos consecutivos á la inyección de aceite alcanforado para una enfermedad grave anterior y situados firmemente en las caras externas de la parte inferior de uno ó ambos brazos y de cuando en cuando en un hombro, muslos ó mamas. Duran por meses y si no se hallan inflamados presentan una infiltración como de pasta ó masa concreta que puede variar del tamaño de una nuez al de una naranja,

y es por lo general lobulada. El tamaño del tumor depende de la cantidad del aceite inyectado y del grado de la reacción de cada individuo. En vez de contornos redondeados, son lineales con ángulos agudos y bien definidos que los diferencian del tejido conjuntivo normal que los rodea. Pueden observarse infiltraciones parecidas á cuentas de la misma naturaleza, pero más pequeñas hacia la axila ó alrededor de la periferia, simulando la metástasis de un tumor maligno á lo largo de los vasos linfáticos. La piel puede ó no hallarse elevada ó pigmentada, y algunos de los tumores pueden descubrirse tan sólo por medio de la palpación. Casi siempre se hallan situados muy profundamente en el músculo ó tejido conectivo. Pueden ser ó no doloridos, y aún sensibles. La molestia al principio es por lo general muy pequeña.

Si están inflamados, el proceso es de larga duración y la piel tendrá varios matices que variarán del rojo al púrpura encendido, dependiendo esto de la congestión y la cantidad de inflamación. La temperatura local de los tumores inflamatorios es más elevada, por supuesto, que la de la piel normal circundante. No ha ocurrido necrosis en ninguno de estos casos tal como sucede en los parafinomas; pero esto puede deberse á dos factores: primero, al carácter del tejido invadido que permite que el aceite se mueva en varias direcciones, lo cual hace que la inflamación se presente más arriba ó más abajo en el brazo entre las fibras musculares, las fascias, y los espacios linfáticos. No hay duda de que si se inyectara el aceite en la cara, se presentaría la necrosis como en los parafinomas, debido á la diferencia en el carácter del tejido, que en la cara favorece la necrosis más bien que la distribución subcutánea; segundo, el factor de tiempo, puesto que algunos de nuestros casos más pronunciados los hemos observado recientemente y no ha transcurrido bastante tiempo para que pudiéramos ver los resultados finales. En un caso, por lo menos, hemos esperado la necrosis dos ó tres veces, y la constricción de los tumores ha impedido tanto la circulación del brazo que ha producido edema y nos ha hecho pensar en una amputación, si la obstrucción se vuelve más completa.

Los cortes microscópicos revelan las cavidades del aceite encapsulado, casi lo mismo que en los parafinomas.

El carácter forzosamente inerte y estable del aceite en los glóbulos del tejido extirpado sugiere en seguida que el aceite puede ser de origen mineral ó de parafina. El parecido en las reacciones á los colorantes entre el aceite de los tejidos y el petrolato líquido refuerza esta opinión; ambos se colorean con el sudán III, pero no se colorean con el ácido ósmico.

En dos casos por lo menos, el aceite alcanforado que se empleó, lo fabricó un conocido fabricante de drogas, y en un caso el aceite que obtuvimos formaba parte del surtido de un boticario de la localidad. El alcanfor se había agregado á un aceite mineral y en todos respectos reaccionaba á las mismas pruebas que el aceite recuperado del tejido extirpado de uno de los enfermos.

En el caso en que el aceite formaba parte de una cantidad comprada por un boticario de la localidad, no se pudo demostrar ningún jabón en el producto resultante, indicando—y estableciendo más ó menos definitivamente—que el petrolato líquido había sido el vehículo que se había empleado en el aceite alcanforado inyectado.

De nuestros estudios hasta la fecha, parece evidente que el petrolato líquido puede permanecer como un cuerpo extraño inerte en los tejidos, ya se le inyecte en forma de parafina para corregir defectos faciales ó en forma de aceite

alcanforado cuando se le inyecte en los brazos, muslos ó mamas como estimulante durante una operación ó en una enfermedad muy grave.

Los tumores inflamatorios que pueden resultar de cualquiera de los dos, son más ó menos graves, y debe abandonarse el empleo del aceite alcanforado como estimulante hasta que las investigaciones demuestren que puede hacerse inocuo con un aceite animal ó vegetal, ó administrarse en un vehículo que se absorba inmediatamente después de la inyección sin ningún mal resultado.

Nuestro estudio revela otras probabilidades de que haya malos resultados si se emplea el petrolato líquido como vehículo en las mezclas mercuriales, como por ejemplo, el salicilato y los calomelanos en el tratamiento de la sífilis. Las muertes debidas á embolias que ocurren después de tales inyecciones son lo bastante frecuentes para que nos sintamos algo aprensivos con respecto á su uso rutinario.

Se sabe que han ocurrido embolias pulmonares producidas por el aceite.

Hemos llegado á la conclusión de que es peligroso usar el petrolato líquido como vehículo para cualquier remedio que se va á inyectar en los tejidos subcutáneos. Esto se ha establecido bien con respecto á las inyecciones de parafina, y los tumores que se producen al inyectarse del aceite alcanforado hecho con petrolato líquido robustecen esta conclusión. (Edición española de *The Journal A. M. A.* 15-1 1920).

## 2. Quimioterapia antituberculosa, por el Dr. Salles.

—Para que sea eficaz tiene que reunir las condiciones de neutralizar el bacilo y sus toxinas en el seno de los mismos tejidos infectados y modificar el terreno donde crece el microbio, haciéndole refractario. La primera condición no hay inconveniente en llevarla á cabo, buscando de los innumerables cuerpos químicos, aquel que actúe á dosis menor sobre el bacilo, determinando su coeficiente de toxicidad y estudiando la manera de administrarle; en cuanto á la segunda, ya es más difícil, porque no se puede esquilmar el terreno que sería el mejor método de hacerle inhabitable; si se quita á un tuberculoso el potasio, azufre, carbono, hierro, magnesio y fósforo, se acaban la enfermedad y el enfermo. El autor ha empleado el manganato cálcico-potásico, que denomina Bactioxyne. Posee tres efectos: 1.º, es un oxidante enérgico, por lo que actúa sobre el bacilo de Koch y los saprofitos; 2.º, en el organismo goza de un poder de fijar las sales de cal, de modo análogo á la medicación suprarrenocálcica de Sargent; 3.º, por el calcio que contiene actúa sobre el páncreas y ya se sabe que el jugo pancreático es uno de los mejores agentes de defensa contra las toxinas caseificantes del bacilo de Koch.

En un enfermo el índice microbiano bajó de 9,5 á 2,5, después de algunas inyecciones intravenosas. El análisis de la orina demostró que cesaron la calciuria y la fosfaturia, y el descenso de la curva térmica demostró que había disminuido la producción de toxinas caseificantes. El medicamento empleado no tiene contraindicación y no ofrece peligro de toxicidad, como todos los demás medicamentos.

Hace ya mucho tiempo que Salles empleaba el manganoso y sus compuestos en el tratamiento de infecciones diversas, como anginas pultáceas, estomatitis ulcerosas, flemones, etcétera, y no siendo la blenorragia, en todas consiguieron curaciones rápidas. Incluso la glucosuria de algunos diabéticos disminuía bajo la influencia de esta medicación.

En resumen, el manganato cálcico-potásico puede considerarse como oxidasa, bactericida, neutralizador de las toxinas y agente de remineralización.

La vía de administración empleada fué siempre la intravenosa; aparte de las ventajas que siempre se han asignado á esta vía: rapidez de transporte del agente terapéutico en el

interior del organismo, seguridad de la absorción, dosificación rigurosa, tiene otra y es que de este modo no se atreven á administrarle los intrusos de la Medicina, que desacreditan por mal empleo los medicamentos que utilizan. Si la vía intravenosa fuese impracticable porque las venas resaltasen poco, se empleará la rectal, doblando la dosis.

En uno de los enfermos tratados por Salles, tuvo lugar un accidente único de su especie: fué que al cabo de 15 inyecciones la sangre se coagulaba espontáneamente en las agujas, aunque fuesen nuevas, de acero, de níquel ó de platino. Inmediatamente de la inyección se produce en el sitio donde se ha practicado un dolor agudo y una pequeña induración perivascular. En las tuberculosis abiertas practican tres series de inyecciones: 1.º, 15 inyecciones alternas, después, descanso de quince ó veinte días; 2.º, otra tanda y otro descanso iguales; 3.º, otras 10 inyecciones puestas una cada tres días.

En las tuberculosis cerradas se ponen 15 inyecciones, una cada tres días. (*Le Progrés Médical*, 17 de Enero de 1920.)

## 3. Lavativas de bilis en el tratamiento del estreñimiento.

—Bensaude y Vicente han llamado la atención de la Sociedad de Médicos de los Hospitales de París (7 de Noviembre 1919) sobre las propiedades excitomotrices de la bilis introducida en el intestino grueso.

Del conjunto de las investigaciones puede deducirse que la bilis es un excitante muy activo de la musculatura intestinal. Una dosis de 10 gramos provoca un peristaltismo exagerado que se traduce por cólicos penosos y la dosis óptima debe ser de cinco gramos de extracto, teniendo en cuenta las susceptibilidades individuales.

Desde el punto de vista práctico se puede prescribir ó bilis líquida fresca ó la glicerizada, á la dosis de 45 á 50 gramos, ó sea unas tres cucharadas grandes, ó el extracto blande de bilis que se conserva algunas semanas sin alteración á la dosis de 5 á 6 gramos, pero los autores dan la preferencia al extracto seco ó al polvo de bilis que es muy soluble en el agua y puede conservarse durante muchos años en un frasco cerrado.

Debe emplearse á dosis de 4 á 5 gramos ó dos cucharadas de las de café.

La cantidad de bilis se disuelve en 250 gramos de agua tibia y la inyección se hace colocando el irrigador á una altura de 30 á 40 centímetros.

El efecto comienza desde los primeros cinco minutos y conduce á la evacuación de una deposición á los diez á quince minutos después de administrado el líquido.

Los autores afirman que en esta dosis y forma la bilis es bien tolerada y no produce los fenómenos de intolerancia que se ha observado cuando se administra en los supositorios.

Los resultados son muy eficaces en el estreñimiento habitual, permiten suprimir los laxantes y hasta las lavativas purgantes y no se han observado casos de hábito después de un uso prolongado durante muchos meses.

Bensaude y Vicente hicieron absorber una comida con 200 gramos de barita gelatinosa, y ocho horas después dieron una lavativa de un litro de agua con diez gramos de extracto de bilis. La materia opaca ocupaba entonces el segmento ciego ascendente; entre el segundo y el tercer minuto aparecieron las contracciones intestinales al nivel del segmento opaco (en la lámina fluoroscópica), y hacia el cuarto minuto, una masa opaca se destacaba y franqueaba el colon transversal. Después de nuevas contracciones, masas sucesivas se separaban e invadían el ángulo esplénico y la porción sigmoidea. Al quinto minuto el enfermo estaba obligado á evacuar el contenido intestinal.

Es interesante comparar la acción de una lavativa de un litro de agua hervida tibia inyectada al mismo enfermo en las mismas condiciones de experimentación. Las primeras contracciones no aparecen al nivel del colon ascendente hasta ocho ó diez minutos después de la inyección y no se nota ninguna progresión espontánea.

Bajo la influencia de un amasamiento profundo hecho ante la pantalla fluoroscópica, la materia opaca franquea el ángulo hepático, pero no pasa de la mitad del colon transverso.

Las contracciones intestinales van disminuyendo hasta el fin del experimento que se detuvo á los treinta minutos de empezado.

**4. El cacodilato sódico á altas dosis en terapéutica.**—El Dr. Marechal, según el *J. M. C. Pratiques*, 10 de Enero de 1920, ha precisado la técnica y las indicaciones del cacodilato sódico en dosis mucho mayores que las actuales.

Las dosis son por la vía endovenosa empezando por 0,50 á 0,75 y hasta un gramo, aumentando cada vez 0,50 y hasta 1 gramo, llegar á 4, 5 y 6 gramos de cacodilato sin inconveniente. El Dr. Marechal ha inyectado una sola vez 7 gramos de arrenal en un caso de siringomielia.

Las inyecciones al principio del tratamiento son de 25 por 100 y cuando hay que inyectar mucho medicamento entonces se emplea al 50 por 100.

Las inyecciones se hacen cada cuatro ó cinco días, en la vena, con gran lentitud para permitir la buena difusión del arsénico en la sangre.

Se examinan bien los diversos órganos, sobre todo el hígado y el riñón, pero la presencia en la orina de una pequeña cantidad de albúmina ó de pigmentos biliares no contraindica de manera absoluta esta medicación, aunque debe advertirse que se empleó en soldados jóvenes y sin ninguna tara orgánica; en los de más edad no parece ser la tolerancia tan perfecta. En los jóvenes se produce algún escalofrío, sensación de calor, sudores en la noche de la inyección.

Aumenta la cantidad de orina en 200 ó 400 c. c. en los días que siguen á la inyección de dosis medias. No se observa la aparición de albúmina ni de pigmentos biliares. En un tercio de los casos hay gusto á ajo. Hay salivación y vómitos frecuentes. Las encías aparecen irritadas, la boca pastosa, un enfermo tuvo diarrea y otro una epidermitis eczematosa. Un soldado tuvo cefalea que duró dos horas.

Se ha empleado este método en la sífilis, donde no parece haber dado el resultado que se esperaba. No parece tan favorable como el arsenobenzol. En el psoriasis, cuando las pomadas, etc., no han dado resultados, esta medicación es un verdadero recurso. Su utilidad ha sido grande en muchas ocasiones, aunque en otras sus efectos no han parecido tan evidentes.

En el eritema indurado de Bazin, ésta medicación parece tan conveniente como el arsenobenzol.

En la lepra los resultados fueron particularmente favorables. Mejoró extraordinariamente el estado general, desaparecieron los nódulos, volvió la sensibilidad, desapareció la termoanalgesia y el coriza.

En un caso de siringomielia ha mejorado el estado de los miembros inferiores, pero la atrofia é impotencia de los miembros superiores apenas ha cedido.

En el paludismo la asociación del cacodilato en altas dosis á la quinina parece muy eficaz.

**5. Fórmula contra las quemaduras.**—En el *Minnesota Medicine*, Diciembre de 1919, M. Geary recomienda con gran entusiasmo un método de tratamiento semejante al tan popular de la Ambrina. He aquí su fórmula:

1. Resorcinol.....	10
2. Aceite de eucaliptus.....	20
3. Aceite de olivas.....	50
4. Vaselina.....	250
5. Parafina.....	670

Fúndanse el 5 y el 5 juntos.

Disuélvase el 1 en alcohol y añádase al 4 y al 5 cuando estén calientes para eliminar el alcohol. Cuando frío, agréguense el 2 y el 3.

Se tiene sobre un baño maría y se mantiene á 120 grados Fahrenheit.

El área quemada se lava primero cuidadosamente con líquido de Dakin y se seca con compresas y se aplican sucesivamente capas alternadas de la fórmula dada y de gasa y se sujeta, por último, con gasa como una cura cualquiera. La cura se renueva todos los días lavando siempre con Dakin.

**6. Tratamiento de la epilepsia con el luminal.**—El Dr. Muller, en el *D. m. W.*, núm. 21, del 1919, dice que debe considerarse el luminal casi como un específico de la epilepsia. Ante los grandes accesos y ante el pequeño mal, así como ante sus equivalentes, el luminal es muy superior al bromo y es mucho menos desagradable en sus efectos no específicos. Estos efectos, el mareo y el cansancio pueden disminuirse y aun evitarse por una dosificación adecuada y puede continuarse la administración durante largo tiempo de una dosis de 30 centigramos diarios de luminal. No se ha observado ningún efecto desagradable por la supresión del luminal en los casos en que ha venido usándose durante mucho tiempo. El luminal es útil en los casos de accidentes tras lesiones del cerebro, mientras no da resultado cuando se trata de accidentes psicógenos, es decir, que es útil para establecer el diagnóstico entre la epilepsia y la histeria.

**7. Estudio clínico sobre el valor terapéutico de las inyecciones de leche.**—El Dr. Para (véase el mismo *J. M. C. pratiques*, 25 Noviembre 1919) nos dice que ha curado todos sus enfermos con bronconeumonía gripal, 11 casos, con inyecciones subcutáneas de leche hervida, de la cual pone 5 c. c. en los hombres y 2 en los niños. La inyección provoca un escalofrío con ligera elevación de la temperatura, pero la reacción sólo es viva en los tuberculosos pulmonares, que son los únicos en quienes está contraindicado este tratamiento.

Se combinaban los otros tratamientos habituales, y las inyecciones de esencia de trementina, que no determinaban ninguna reacción en el momento de practicarse, por el estado de adinamia del enfermo, empezaban á producir dolor después de dos inyecciones de leche y se establecía el absceso de fijación. La leche en inyecciones fué primero empleada por los oftalmólogos vieneses en los casos de iritis y de queratitis, y luego en Francia se ha aplicado á infecciones del ojo, á dacriocistitis, etc., etc.

## OBSTETRICIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Utilización para el diagnóstico del embarazo de los recientes descubrimientos biológicos.**—Bar y Ecalle, en el Congreso de Ginecología de Bruselas (25 al 27 de Septiembre 1919), han dicho que los numerosos métodos propuestos para el diagnóstico del embarazo, son:

- 1.º La desviación del complemento.
- 2.º La dialisis ó reacción de Abderhalden.
- 3.º La intradermorreacción.
- 4.º El aumento del poder antitriptico.
- 5.º El veneno del cobra.

He aquí sus conclusiones. El beneficio clínico de estas numerosas y difíciles investigaciones aparece bien mediocre y fuera de proporción con el esfuerzo que necesitan.



### PROGRAMA PROFESIONAL:

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

### Boletín de la semana.

En la Real Academia Nacional de Medicina. — Los presupuestos de Sanidad.

La atención casi exclusiva de los que se interesan por la alta misión que á nuestra clase está confiada y por nuestra clase misma, se encuentra enfocada casi exclusivamente, en su aspecto científico, en el curso de conferencias que se vienen dando en la Real Academia Nacional de Medicina, y en su aspecto profesional, en el porvenir y la tramitación de los presupuestos sanitarios.

Respecto al primer concepto, puede tenerse por bien satisfecha y envanecida la representación de nuestra ciencia que viene en la primera de nuestras Corporaciones científicas dando gallarda muestra de lo que se investiga, estudia y adelanta en nuestro país, por lo menos en aquella parte de la ciencia confiada á los investigadores médicos. A la brillante conferencia del Sr. Goyanes, que muy pronto conocerán nuestros lectores, siguió una del Sr. Espina y Capo en la que este perseverante é incansable apóstol de la lucha antituberculosa se esforzó en demostrar una vez más su convencimiento en la eficacia de la acción social para combatir al más terrible de los azotes que merman la población, debilitan la raza y amenazan con la verdadera quiebra fisiológica de la humanidad. La conferencia del Sr. Espina fué escuchada con aplauso por selecto público en el que figuraban distinguidas damas de los Comités de la Liga antituberculosa.

El miércoles último dió otra conferencia el decano de la Facultad de Medicina de Madrid, Dr. Recasens, y en ella demostró una vez más todo lo que vale y sintetiza su labor de hombre inteligente y culto aplicada á la especialidad en que tanto renombre ha adquirido dentro y fuera de nuestro país.

El asunto de los Presupuestos de Sanidad presenta cada día aspectos menos tranquilizadores.

Téngase en cuenta lo que para nosotros esto significa, y al decir *nosotros*, conste que queremos decir los médicos y los buenos españoles, las personas discretas y sensatas que conocen la existencia de un mal, comprobado por las estadísticas y la ob-

servación de cada uno, y que se dan cuenta de que contra ese mal existen remedios positivos que es inconcebible sean desdeñados por los políticos de oficio que empujan con su desconocimiento á su país y á su raza á una ruina segura y comprobada.

Cinco ministros (por lo menos que nosotros recordemos) habían dado consecutivamente su aprobación al Presupuesto repetidas veces presentado. Eran éstos los Sres Maura, García Prieto, Gimeno, Burgos Mazo y el actual Sr. Fernández Prida; se habían hecho repetidas consultas á Corporaciones científicas, á Centros oficiales. Al margen de esta labor íntima se desarrollaba una propaganda desinteresada de personas que trataban de influir en la opinión pública para preparar la reforma salvadora. No hablemos de lo que juntamente con esto iba envuelto como reivindicación *gratuita y bien ganada* en favor de las clases sanitarias, menospreciadas sistemáticamente por los políticos de oficio. Nada ha bastado ni nada ha servido; ha sido suficiente que en la Comisión de Presupuestos se levante alguna voz diciendo palabras sonoras y expresando fáciles escepticismos reveladores de una ignorancia supina, para que se taje y raje la organización trabajosamente concebida y se supriman las consignaciones para los Hospitales de epidemias y para los Institutos de Higiene, so pretexto, según se nos dice, de que no eran éstos más que modos de dar empleo á médicos y gente de laboratorios. No podemos creer esto; necesitamos oírlo en el salón de sesiones y ver si hay quien tenga valor para sostener tales y tan caprichosas aserciones, y esperamos que aunque contemos con pocos paladines parlamentarios, no estarán éstos tan desilusionados por las injusticias que de la propia clase reciben para que no acudan, por lo menos, á hacer constar lo que hay en el fondo de todo esto de injusticia, de ignorancia y ¿quién sabe también si de intriga de baja estofa? Dos maneras hay de derrumbar los templos: ó sacudiendo sus columnas con el esfuerzo de un Sansón ó carcomiéndolas con la labor oscura de los microbios. ¡Qué desdicha es que en un país como el nuestro prevalezca el segundo modo sobre el primero y no se den cuenta de ello los mismos que son instrumento mediato de la ruina!

DECIO CARLAN

## MEMORIAS DE UN PENSIONADO (ESTUDIOS DE MEDICINA HISTORICA)

POR EL

DOCTOR ALBIÑANA

### III

—¡Hola, señor doctor! ¿Cómo está usted?

—Bien... ¿Y usted?—contesto maquinalmente al desconocido.

—Sin novedad. ¿No recuerda usted de mí?

—No, no recuerdo.

—Pues yo soy de Madrid y le conozco á usted de allá, le he visto muchas veces en el Ateneo y en el *merendero* del Congreso. ¡Buena gente aquella! ¿Verdad? Por aquí tampoco hay mal personal; y, sobre todo, se hace cada negocio que *descuaja*.

—Lo celebro mucho.

—Sin ir más lejos, hace ocho días, vendí veinte automóviles procedentes de la desmovilización á unos traficantes de Bilbao; dos mil francos me gané en cada uno.

—Hombre, muy bien; le felicito. ¿Tiene usted *garage* en París?

—No, señor. Soy comisionista. Precisamente ahora tengo entre manos un asunto de millones; dos cargamentos de naranja valenciana, que desembarcará dentro de unos días en Marsella; ya habrá podido usted ver que en cualquier restaurante de mala muerte le cobran á usted un franco por una naranja.

—Sí, ya lo he visto.

—Pues figúrese usted, ¡un negocio loco! Para ganar-me doscientos mil francos de comisión.

—¡Caramba, me deja usted asombrado! Tentado estoy de abandonar mi carrera y ponerme á vender naranja.

—Esto no es nada, señor doctor; lo gordo vendrá la semana que viene; cien mil pares de botas que desembarcaré en Cette, con cinco francos de comisión por cada uno. ¡Una fortuna!

—¿Pero de dónde saca usted tanto surtido?

—De Palma de Mallorca y de Alicante; lo mejor de lo mejor. Ya sabe usted que en España nadie toma en serio las prohibiciones de exportación. Aquí traemos todo lo que hace falta, sin tropezar con ningún obstáculo.

—¿Lleva usted mucho tiempo en París?

—Año y medio. Desde poco antes del armisticio.

—Pues á ese paso debe haber ganado usted un río de oro.

Mi improvisado interlocutor, para eludir una respuesta categórica, finge no oír mi último comentario, fijando la mirada en las elegantes mujeres que animan el boulevard. Y como no es cuestión de estar toda la tarde perdiendo el tiempo con gente que nada interesa, me despido cortésmente de mi espontáneo amigo, el cual, en el momento de decirle adiós, me coge con suavidad del brazo, diciéndome al oído, confidencialmente:

—Perdone la franqueza, señor doctor; ¿me podría

usted dar cinco francos? Yo se los devolveré dentro de poco.

Escenas como la referida se pueden presenciar todos los días en el Café de Madrid, donde desde tiempo inmemorial se reúnen todos los españoles que desfilan por París. Es este trozo del boulevard Montmartre una reproducción de la acera del Suizo, en la madrileñísima calle de Sevilla. Los mismos tipos, el mismo idioma, los mismos procedimientos para el *sablazo*. Ya me lo advirtió otro colega pensionado, en los primeros días de mi vida parisién: ¡Ojo, amigo Albiñana! Lleve usted mucho cuidado, porque lo van á dejar limpio; aquí hay cada coterráneo que en nombre del sagrado amor á la madre Patria le pedirá dos duros todos los días; la táctica siempre es la misma; primero, una relación fantástica de negocios tentadores, después el aplazamiento inesperado de la operación y, por último, el *golpe* de sable que suele oscilar entre cinco y cien francos, según el desahogo del *operador* y el pelaje de la víctima.

En una mesa próxima á la mía toman café varios médicos militares y civiles, todos amigos, excelentes compatriotas, comisionados unos por el Ministerio de la Guerra, y otros por la Junta para Ampliación de Estudios; varios de ellos vienen de Inglaterra, de estudiar sobre el terreno la organización de los servicios de la Cruz Roja; otros hacen prácticas de bacteriología en el Instituto Pasteur, y todos, gente joven, gastan el buen humor del ambiente madrileño... Al conocer el motivo de mi pensionado, uno de ellos, sevillano castizo, trata de gastarme una broma y se arianca, muy serio, con esta noticia:

—¡Hombre, amigo Albiñana! Un buen hallazgo para usted; tome nota: he visto en el Louvre, en la sala de antigüedades asirias, una lavativa etrusca del «tiempo de los romanos»; puede que le interese para sus investigaciones.

Celebramos con una carcajada la ocurrencia del andaluz, y cuando le hago notar que las colecciones etruscas no pueden figurar entre la arqueología asiria, porque supondría un anacronismo lamentable, me confiesa sinceramente que se trata de una broma.

Sin embargo, el tema, desde el punto de vista de la historia de la Terapéutica, es interesante, y si la supuesta lavativa etrusca no da margen para una descripción, tiene el mérito de la oportunidad para recordarme la contemplación de algunos curiosos grabados franceses, en los cuales se puede estudiar lo que, con frase un poco festiva, podemos titular *Historia de los lavados intestinales*.

No es cosa desdeñable ni pasatiempo estéril el conocimiento de la evolución de la lavativas, pues este humilde auxiliar del práctico va unido al concepto anatómico, fisiológico y patológico que del aparato digestivo han tenido los diferentes pueblos.

Abunda la literatura médica francesa en obras, mitad científicas, mitad festivas, que se ocupan de este tema original; hace medio siglo que Ernest Lasègue escribió *L'Apotlicose du lavamen*, capítulo de una obra reproducida en parte por los eruditos escritores médicos Witkowski y Cabanés, en su divertida *Gayeter d'Escu-*

lape, y en el que su malogrado autor hace la glorificación de la lavativa. El uso del lavado, como tópico intestinal tiene una antigüedad remotísima. En el papiro que se conserva en el Museo Real de Berlín, y que es la fuente más autorizada para el estudio de la Medicina egipcia, se encuentra mencionado el lavado, cuyo origen, según los datos conocidos hasta el presente, fué el Egipto; los primitivos pobladores del valle del Nilo pudieron observar cómo uno de sus animales sagrados, el pájaro *Ibis*, que merecía los honores del embalsamamiento, se introducía agua en el intestino con ayuda de su pico, y poco después verificaba una evacuación.

Algunos consideran esto como una leyenda; pero lo cierto es que hombres tan eminentes en las Ciencias Médicas como Ambrosio Paré han contribuido á mantener esta creencia, que, por otro lado, nada tiene de sorprendente, pues el hombre, por observación primero y por imitación luego, ha aprendido muchas cosas de los animales.

En frente de esta opinión, largo tiempo sustentada y que cuenta con el asentimiento de la mayoría de los historiadores, se alzó M. Chabas en sus obras *La Médecine des anciens Egyptiens* y *Mélanges égyptologiques*, calificando de ridícula patraña esta creencia y explicándola en virtud de una confusión en que pudo incurrir el narrador griego (Herodoto) tomando por *Ibis* al rey *Thot*; ambos nombres se escribían con el mismo signo jeroglífico, y de ahí la posible confusión, teniendo además en cuenta que *Thot* pasa por ser el primero que enseñó á los hombres la Medicina y sus prácticas.

Sin embargo, un nuevo testimonio viene á demostrar el origen egipcio de los lavados intestinales; y es el suministrado por los embalsamadores del Nilo, los cuales habiendo observado muchas veces en los cadáveres, vísceras corrompidas ó llenas de humores pútridos, idearon que el uso de evacuantes podría ponerlas al abrigo de tales corrupciones; de ahí nació probablemente el uso frecuente de los lavados, los purgantes, los vomitivos y la dieta.

Herodoto nos dice que los egipcios dedicaban tres días seguidos cada mes al empleo de evacuantes; Diodoro de Sicilia añade que algunos dejaban transcurrir un espacio de tres ó cuatro días entre cada lavado; de donde infiere Aubry, autor de *Les Oracles de Cos*, que los temperamentos jóvenes y vigorosos eran los que podían purgarse tres días seguidos; y los viejos tenían necesidad de espaciar esta medicación para no debilitarse, todo lo cual está de acuerdo con el sistema que Hipócrates adoptó respecto de este particular.

Tanto en Grecia como en Roma, el lavado era una práctica médica muy usual, lo mismo en tiempos de Hipócrates que en el de sus sucesores. Accio, médico griego, recomendaba los lavados de agua pura. Celso aconsejaba al enfermo que guardase dieta desde la víspera al objeto de tener el tubo digestivo en mejores condiciones para el lavado; si sólo había necesidad de una acción suave prescribía el agua pura; pero si precisaba una acción enérgica aconsejaba cocimientos de hinojo y de malva. Galeno fué el primero que añadió al

agua, aceite y miel para obtener un efecto evacuante más rápido é intenso.

Ningún lavado puede realizarse sin instrumento adecuado, y la progresiva evolución de este aparato constituye la historia de la jeringa. Las damas romanas utilizaban como tal una pluma de pavo real, adaptada á un tubo de caña. Al decir de Cuisin, en su obra *Les Bains de Paris*, las mujeres asiáticas no han usado jamás estos lavados y consentían morir antes de colocarse el aparato. Por cierto que este autor añade, sin fundamento alguno, que la mayoría de los españoles piensan lo mismo que las damas asiáticas, «y la cánula en Madrid es un mueble vergonzoso y proscrito, como lo era una obra filosófica en tiempos del Gran Inquisidor».

(Se continuará).

## Sociedades Científicas.

### REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DE 31 DE ENERO DE 1920 (1)

#### Aspecto clínico especial de la escarlatina.

El DR. GONZÁLEZ ALVAREZ inaugura el curso académico con el tema enunciado y dice que expone á la consideración de la Academia un aspecto especial observado por vez primera en el curso de ciertas infecciones, principalmente de la escarlatina, tan raro, que solamente tres veces lo ha visto; uno en la escarlatina, otro en la fiebre tifoidea y alguna vez en la gripe. Añade, que era para él dogmático, axiomático, el que una escarlatina cuando evoluciona y termina completamente la infección y todas las manifestaciones hijas de la misma; cuando desaparece por completo la fiebre; cuando el estado general es satisfactorio, era para él dogmático la vuelta de la fiebre y había que buscar el porqué de esa fiebre, no ya en la escarlatina, sino en una complicación, en asociaciones microbianas, en una infección que venía en pos de aquélla, si ya no le acompañaba desde el principio, ya en una gastroenteritis, en una pleuresía, en una miocarditis, endocarditis, artropatía, lo más frecuente observado, en una estreptococia faríngea, que es la complicación que más frecuentemente ocasiona la fiebre.

Expone el siguiente caso: una niña que se considera curada de escarlatina; pasa dos días sin fiebre y de repente acusa 39° hasta 40° y décimas que dura dos días. Se la examina y nada se halla que indique responsabilidad de tal fiebre, y en su vista, se está á la expectativa, sin tratamiento alguno, y á los tres días la niña entra en un período de normalidad.

Otro caso es el de una señorita que sufrió fiebre tifoidea comprobada por el Dr. Códina, que se llamó en consulta; curó de dicho proceso, y á los tres días se elevó la temperatura á 40°, sin encontrar nada que lo explique; se va á su país natal y continúa la fiebre unos días y otros queda libre, sin molestia alguna en todo momento. Pásanse siete meses; regresa á Madrid, la veo de nuevo en buen estado y dispuesta á ir al teatro, pero que toma la temperatura, acusa 40°, y sin tratamiento alguno, desapareció la fiebre cuando tuvo á bien.

Cita otro caso; el de una persona de su familia que fué atacada de gripe; luego apareció febrícula vespertina, y así

(1) Primera del curso académico.

continúa catorce meses con temperatura de  $37^{\circ},4$  á  $38^{\circ}$ , sin otro fenómeno.

¿Qué sucedió aquí? ¿Por qué esta hipertermia aislada no tuvo otro fenómeno morboso? ¿Qué explicación tiene este hecho? Existen fenómenos postinfecciosos, apreciados por todos los clínicos, debidos á la acción de las toxinas; é inter-pretados, suponiendo que éstos actúan sobre los centros nerviosos, principalmente ya pasada la infección. ¿Por qué no fueron aún *neutralizados* y *eliminados*, según mecanismos de la desintoxicación? El de la eliminación es bien conocido; el de la neutralización la explica Chantemesse, diciendo: porque las toxinas provocan por algunos de sus elementos sustancias antagónicas de las toxinas.

Añade el Dr. González Alvarez que sobre los fenómenos postinfecciosos, ya expuso su criterio en el Congreso internacional celebrado en París de 1900, y se pregunta ahora: ¿Pero los fenómenos postinfecciosos son infebriles? ¿Por qué en este caso consistió solamente en la elevación térmica, insólita y extemporánea? Si las toxinas microbianas retenidas ocasionan, como se dice, los fenómenos postinfecciosos, si estas toxinas son pirógenas, si á ellas es debida la fiebre en las infecciones, como es debida la intoxicación, ¿por qué en los múltiples fenómenos postinfecciosos, algunos tan graves que matan, como la toxina diftérica, produciendo la parálisis bulbar, por qué no ocasionan fiebre, como la ocasionaron durante la existencia de la infección? A estas preguntas contesta en uno de sus escritos D. Martín González Alvarez, diciendo: porque no son toxinas retenidas, no neutralizadas ó no eliminadas, sino las lesiones producidas por ellas anteriormente á su anulación por cualquier ó por ambos procedimientos. Algo análogo deben pensar Siredey y Songnes, cuando dicen que son dependientes ciertas perturbaciones centrales postinfecciosas de esclerosis en placas; y en la región dorsal la incoordinación de movimiento en las extremidades inferiores.

El Dr. González Alvarez explica el hecho repitiendo lo que ya dijo en el Congreso internacional de Medicina de Madrid, celebrado en Abril de 1903, en que no es la fiebre en esencia exceso de oxidaciones orgánicas, sino la post-invasión resultante de la hipotensión de los centros térmicos reguladores de la temperatura.

#### Concepto clínico de la actual epidemia de gripe.

El Dr. HERGUETA dice que esta epidemia tiene parecido á la de los años 1889 y 1898; ambas empezaron en los últimos días de Noviembre con casos sencillos, fáciles de dominar, y á la sexta semana revistieron carácter grave.

Lee una estadística de defunciones por gripe en la que constan cifras desde Noviembre de 1914 á 14 de Enero de 1920; en el primer año hubo 2.499 defunciones, y en este último 4.789; comparando las defunciones de esta epidemia con las ocurridas en los cinco años anteriores á Enero de 1920, se ve que en este año ha habido 1.800 defunciones más que en igual período de tiempo del quinquenio anterior.

Manifiesta haber insistido en hacerse con estadísticas de Madrid clasificadas por distritos, pero que no ha podido realizarlo por la premura de tiempo en exponer la comunicación.

De la terminación de las dos epidemias en el mes de Enero deduce el Dr. Hergueta observaciones curiosas. Se ha estudiado siempre en las epidemias de gripe la influencia que en éstas pudiera ejercer la atmósfera; y el caso es que en el momento que desaparecían las nieblas y la humedad y lució el sol espléndido, desde el 12 de Enero comenzó la disminución de la epidemia gripal, puesto que en la primera semana de Enero sucumbieron 1.040 individuos, y en la se-

gunda se redujo á 777, lo cual es un descenso muy notable. Esta consecuencia no es siempre exacta, podrá haber coincidencias, pero lo mismo ocurrió en 1889.

Dice el Dr. Hergueta que estudiando las epidemias de gripe, se ha visto que siempre se propagan de Norte á Sur y de Este á Oeste; y que leyendo las estadísticas de Petrequin, de 92 epidemias, cerca de 70 empiezan en Diciembre y terminan en Enero.

Manifiesta que la gripe es una infección que ataca á las fuerzas generales del enfermo de una manera extraordinaria y provoca una depresión de los centros del movimiento y una existencia de la sensibilidad que se anuncia por cansancio, malestar general, dolores lumbares, de los brazos y piernas, sobre todo de la cabeza, como de círculo, con pesadez de los ojos, acompañado todo ello de una fiebre inverosímil, que no guarda unidad, orden ni concierto; que tan pronto sube á  $40^{\circ}$  y termina al día siguiente, como dura cuarenta y ocho horas ó se prolonga días y días, ó es intermitente y asciende por la tarde ó por la mañana y baja á otra hora, sin orden ninguno, prolongándose en ocasión meses y meses sin saber por qué; y estos casos, por lo general, solo obedecen al cambio de clima.

La gripe es un padecimiento que se diferencia de los demás, porque éstos siguen todos una evolución lógica y natural hasta su terminación, mientras que la gripe al despertar las predisposiciones morbosas orgánicas de todos los individuos, hace patente lo que estaba oculto. Cita el caso de una niña, cuya temperatura osciló en cuarenta días entre  $36^{\circ}$  á  $41^{\circ}$ , despertándose la tuberculosis pulmonar, y lo propio sucede en otros procesos.

Dice que en la gripe, más que en ninguna otra infección, es donde hay que tener en cuenta dos cosas: la virulencia del germen y las condiciones orgánicas del sujeto; la primera, en ocasiones es tan extraordinaria, tan fuerte, que invade al enfermo con escalofríos intensísimos, dolores de cabeza muy fuertes, preludio de delirio, malestar, inquietud y estado congestivo difuso de cabeza á pecho, de pulmón y de vientre. Estas formas, en general, recorren su ciclo morboso con gran rapidez, sobreviniendo las más de las veces la muerte y suelen recaer en sujetos que han trabajado mucho ó que sufren afecciones deprimentes profundas. Cita el caso de un notario, muy agotado, que en la primer visita pronosticó hallarse gravísimo, y en efecto falleció al siguiente día.

Hace atinadas observaciones sobre la predisposición del gran simpático á tomar parte en el proceso gripal. Cita el caso de un médico ilustradísimo que sufrió primero angina de pecho, recuperó la salud; después contrajo la gripe, acusó dolor horrible en el plexo solar y á las cuarenta y ocho horas sucumbió. Menciona otro caso de un personaje político, que sufrió dos ataques de angina de pecho; el verano último tuvo una neuralgia del plexo solar que puso en peligro su vida; fué atacado de gripe y se curó. Refiere otro: una enferma que siendo soltera se le desarrolló un tumor voluminoso en el vientre; el Dr. Cervera se lo extirpó (pesaba 13 kilos). A consecuencia de ello vinieron fenómenos graves del gran simpático; se salvó. Se casó, fué invadida de la gripe; presentóse neumonía; tomó parte el gran simpático, quedó muy abatida, y recordando á Martín de Pedro, la frase de que había que despertar lo dormido, mandó aplicar un vejigatorio, reaccionó, la pulmonía mostrose franca y á los doce días la enferma estaba fuera de cuidado, si bien, poco después, presentóse hiperquinesia cardíaca, que convenientemente tratada, se salvó.

Todos estos casos los cita el Dr. Hergueta para demostrar qué muchos de los trastornos del simpático abdominal son todavía un misterio, si bien trata de dilucidar los fenó-

menos que provoca en determinados momentos, citando casos clínicos que evidencian la inhibición del gran simpático.

Se ocupa luego de la gripe en las embarazadas y dice que de siete casos que ha tenido, todos fallecieron.

Termina exponiendo algo respecto al tratamiento en las pulmonías, con las inyecciones de suero, pero que antes se ha de hacer un diagnóstico preciso, positivo y exacto de los gérmenes, y diferenciados aplicar la inyección endovenosa apropiada, si no se quiere ir al fracaso.

El Dr. HERNÁNDEZ BRIZ (corresponsal) interviene en el debate, limitándose a registrar hechos clínicos referentes a los niños acogidos en la Inclusa y Colegio de la Paz, de donde es médico jefe, los cuales, unos están lactados por sus madres, otros por nodrizas internas. Refiere que a principios de Diciembre último hubo allí una invasión gripal que atacó a 400 niños, en general, con carácter benigno, y de los cuales sólo siete fallecieron. Ocurrió una particularidad en la invasión: en una noche fueron atacados 62 niños de un solo dormitorio.

El tratamiento empleado se redujo a sudación, dieta láctea, y sulfato de quinina.

Sólo 23 casos revistieron gravedad a consecuencia de bronconeumonía gripal, 15 niños y 8 niñas, de los cuales curaron 16 y fallecieron 7, todos tuberculosos. A todos se les trató con inyección de suero antidiftérico.

Afirma que no se sabe cuánto dura la inmunidad de la gripe, pues cita casos de niños que han sufrido la gripe dos y tres veces en dos meses; también se desconoce el mecanismo del contagio, aun cuando hay que suponer que sea el aire y así lo comprueba el hecho de 62 invasiones simultáneas; también se ignora cuál sea el agente productor de la gripe, pues no está comprobado que sea siempre el bacilo de Pfeiffer, no habiéndose encontrado ningún microorganismo cuya presencia fuese constante en todos los casos.

Y termina diciendo que sin poder explicar cómo obra el suero antidiftérico en las bronconeumonías, lo que puede afirmar es que lo ha empleado con éxitos positivos y asombrosos. Cita el caso de un joven de veinticinco años, a quien vió con el Dr. Codina, y después de las inyecciones, mejoró del fuerte catarro, pero se observó después que el enfermo no orinaba y se confirmó que lo que el paciente tenía era una uremia, de la que sanó con el tratamiento oportuno.

Dr. CESALDO.

## PROTECCIÓN MÉDICA

ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA EL 16 DE ENERO DE 1920

Bajo la presidencia de la doctora Aleixandre y con asistencia de las señoras de Aguilar, Vesdes Montenegro, Rocafort, Villanueva, señora y señorita de Cortezo, señora y señorita de Pando y Valle y señora y señorita de Calvache, empieza la sesión leyéndose el acta y las cuentas de los meses anteriores, que quedan aprobadas.

A continuación se da cuenta de los donativos recibidos después de Navidad que son los siguientes: gobernador civil, 25 pesetas; conde de la Mortera, 75; Círculo de Bellas Artes, 25; Dr. Canella, 5; Banco Hispano Americano, 25; Ministerio de la Gobernación, 150; marquesa de Comillas, 25; Banco de Urquijo, 25; Sr. Van-Baumberghen, 25; duque de Alba, 25; Dr. Bastera, 32; D. Santiago Alba, 25; y Sr. Gayoso, 250.

La señora presidenta da cuenta de haber ingresado 563 pesetas del Dr. D. Amalio Gimeno que por solicitud de la señora presidenta y por estar ya cubierta la cantidad que el Colegio de Médicos paga al Estado por las patentes de los médicos, dicho señor aparecerá con patente de septima clase, por haber dejado la diferencia de la que le corresponde por su categoría en beneficio de esta Caja de socorros. Por este delicado rasgo, que algunos podrían imitar y que merece todo género de alabanzas, nuestra Junta envía al Sr. Gimeno, una vez más la entusiasta expresión de su profunda gratitud, ya que tantas veces lo hicieron, por ser una de las personas que mayor interés y amor demostró siempre por esta Institución que atiende a los desheredados de la clase médica.

A continuación se leen las siguientes cartas: una del Sr. Gayoso que al mandar las 250 pesetas del donativo de Pascua se ofrece a esta Junta con gran afecto y bondad, y la segunda del Sr. Sainz, al que por medio del Dr. D. Darío Fernández, de quien no se ha recibido contestación a dos cartas que se le escribieron, se le había pedido un donativo con motivo de haberle tocado el primer premio de la lotería de Navidad y ser hijo del ilustre y malogrado compañero Dr. Sáez. Dicho señor manifiesta a esta Junta que por ahora le es imposible atender a su petición por haber repartido en obras de caridad cuatro millones y medio, pero que más adelante y por serle muy simpática la obra, nos ayudará. Enviamos al Sr. Gayoso las más expresivas gracias; por su ofrecimiento y al Sr. Sáenz por su amable carta suplicándole no se olvide de nuestra petición, y nombrándole así como a su caritativa esposa, socios protectores.

También enviamos las gracias al ilustre Dr. Mansilla por su donativo de 25 pesetas.

Por haber leído varias señoras en el A. B. C. que la Asociación Matritense de Caridad había enviado a esta Caja de socorros 750 pesetas, y no habiendo recibido más que 500, la Junta acuerda escribir una carta al señor tesorero de aquella Institución para que aclare este asunto, pues sin duda debe ser eso un error de imprenta.

Se lee una solicitud de la señora viuda de Lleida para que se le aumente la pensión por estar muy necesitada. La Junta acuerda que se le den 30 pesetas mensuales. Asimismo se acuerda que se le den también en el mes de Febrero 50 pesetas a la huérfana del Dr. García Blandich por estar enferma y 40 pesetas a la viuda del Dr. Lara por haberlas solicitado de esta Junta para hacerse una faja que atende su padecimiento.

Por último, se lee una carta de la señora viuda de Romero de Otal, excusándose de no venir a la Junta por encontrarse enferma, y otra de la casa de Urquijo en que ruegan a esta Junta les dispensen de no haber contestado al oficio que se le envió a la señora marquesa, por encontrarse ésta fuera de Madrid.

Y no habiendo más asuntos de que tratar se levantó la sesión.—La secretaria de actas, PILAR CALVACHE.

ACTA DE LA SESIÓN EXTRAORDINARIA CELEBRADA EL DÍA 29 DE ENERO DE 1920.

Bajo la presidencia de la doctora Aleixandre comienza la sesión dándose lectura de las cuentas del año anterior, que son las siguientes: Existencia en 1.º de año de 1919, 3.529,77 pesetas. Ingresos durante este año, 13.948,70 pese-

**SIL-AL**

**SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.**  
Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

tas. Gastos. 15.701,60 pesetas. Saldo el 31 de Diciembre de 1919, 1.776,87 pesetas.

Por hallarse enferma la doctora Lacy, secretaria general de esta Junta, la vicesecretaria, señorita de Pando, lee la relación detallada de todas las obras realizadas por esta Institución durante el año 1919, elogiando á cuantos con sus donativos y trabajo contribuyeron á que estas obras se llevarán á cabo, especialmente á la presidenta, doctora Aleixandre, por los desvelos tan mal correspondidos, por su labor constante en bien de los desgraciados de la clase, teniendo que estar siempre implorando de unos y otros su cooperación caritativa á esta obra de piedad por no ser suficiente la suscripción de la clase médica para atender á las necesidades de las familias y aun de compañeros desgraciados inutilizados.

Por este motivo se aprueba que en la Junta general que el día 30 se efectuará en el Colegio de Médicos, la doctora Aleixandre solicite auxilio para esta Institución, ya que individualmente no se consigue suficientemente.

El Dr. Ausin, por la memoria de su difunta esposa, entrega 10 pesetas, y sintiendo el doloroso motivo, esta Junta le envía las gracias por su donativo.

Se acuerda que las señoras de Villanueva y Calvache vayan á visitar á la señora de García Pérez para ver cómo sigue su marido el Dr. García Pérez que va á ingresar en el Hospital de la Princesa por estar enfermo, y también para ver si necesita algo urgentemente.

La Junta aprueba que se le costee á la niña del Dr. Moreno (fallecido recientemente) la enseñanza de la mecanografía y taquigrafía, y que se le dé á la viuda 30 pesetas mensuales mientras no alquile las habitaciones.

La viuda de Asensio pide se le costee el cuarto. La Junta lo concede por tratarse de una señora ya anciana, y que apenas gana para mal comer.

Por último, se lee una carta del tesorero de la Asociación Matritense de Caridad, diciendo que según cuentas que se publicaron en el *A B C* hace poco, esa Asociación dió á Protección Médica 750 pesetas, pero que son en dos veces y en dos años, en 30 de Junio de 1918, 250 pesetas, y 500 el 20 de Diciembre de 1919. Esta Junta ruega á dicho señor que perdone la explicación que pidió, pero fué creyendo que el resumen de cuentas publicado era sólo del año 1919, en el que recibió las 500 pesetas que tan de corazón agradeceremos, como todo donativo para nuestros desvalidos de la clase médica.—La secretaria de actas, PILAR CALVACHE

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,1; fd. mínima, 690,1; temperatura máxima, 15°,1; fd. mínima, 0°,7; vientos dominantes, O. NO. OSO.

Nuevo recrudecimiento han tenido los afectos gripales agudos generalizados y con localización en el aparato respiratorio. Los reumatismos articulares, las neuralgias y las parálisis á frigore han sido numerosas. Las fiebres infecciosas intestinales han disminuido. En los niños se presentan algunos casos de coqueluche.

**Mortalidad de Madrid en Febrero de 1920 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.**

Mortalidad comparada por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Febrero de 1920.
Menores de 1 año.....	237	253
De 1 á 4 años.....	178	312
De 5 á 19.....	98	148
De 20 á 39.....	209	217
De 40 á 59.....	293	270
De 60 en adelante.....	472	511
Sin clasificación.....	2	4
<b>TOTAL.....</b>	<b>1.489</b>	<b>1.715</b>

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Febrero de 1920.
Fiebre tifoidea.....	8	29
Tifus exantemático.....	1	2
Viruela.....	15	1
Sarampión.....	14	37
Escarlatina.....	1	2
Coqueluche.....	6	38
Difteria.....	13	10
Gripe.....	47	38
Otras epidemias.....	3	2
Tuberculosis pulmonar.....	146	166
Idem meningea.....	14	18
Otras tuberculosis.....	21	30
Cancerosas.....	49	57
Meningitis.....	68	86
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	83	71
Orgánicas del corazón.....	126	135
Bronquitis aguda.....	118	156
Idem crónica.....	60	87
Pulmonía.....	43	33
Bronco-pneumonía y otras.....	168	243
Diarrea (menores de dos años).....	40	36
Apendicitis.....	2	3
Hernias y obstrucciones intestinales.....	13	13
Cirrosis hepática.....	11	10
Nefritis.....	52	46
Septicemia puerperal.....	5	2
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	48	49
Senectud.....	43	53
Otras enfermedades.....	266	264
<b>TOTAL.....</b>	<b>1.489</b>	<b>1.715</b>
<b>Promedio diario.....</b>	<b>51,34</b>	<b>59,18</b>

Varones.....	851
Hembras.....	864

### FALLECIDOS DIAGNOSTICADOS DE GRIPE EN FEBRERO DE 1920

Por grandes grupos de edades:

EDADES	Varones.	Hembras.	TOTAL
Menores de 1 año.....	2	2	4
De 1 á 4 años.....	5	2	7
5 á 19.....	3	4	7
20 á 39.....	2	3	5
40 á 59.....	6	9	15
60 en adelante.....			
<b>TOTAL.....</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>38</b>

**TOLUDEN**  
Pelrid's C., New-York

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno, bals Pernriano, etc. El más poderoso cicatrizante y antiséptico de heridas. La más reciente aplicación de la moderna química á las necesidades de la actual cirugía.  
Laboratorio: J. Ferret y Robert, Sitges (BARCELONA).

Por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	1	3	4
6 al 10.....	1	2	3
11 al 15.....	6	5	11
16 al 20.....	7	4	11
21 al 25.....	2	4	6
26 al 29.....	1	2	3
TOTAL.....	18	23	38

DIFERENTES FORMAS EN QUE HA SIDO DIAGNOSTICADA  
LA GRIPE

Gripe ó infección gripal.....	15
Bronconeumonía gripal.....	9
Pulmonía gripal.....	2
Bronquitis gripal.....	1
Astenia post-gripal.....	2
Gripe y tuberculosis pulmonar.....	1
Gripe forma torácica.....	1
Gripe hipertóxica.....	1
Gripe forma intestinal.....	2
Septicemia gripal.....	1
Gripe post-tífica.....	1
Miocarditis post-gripal.....	1
Meningitis gripal.....	1

## FALLECIDOS DIAGNOSTICADOS DE BRONCONEUMONÍA

Por grupos de cinco días.

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	13	16	29
6 al 10.....	20	12	32
11 al 15.....	20	16	46
16 al 20.....	22	13	35
21 al 25.....	16	23	39
26 al 29.....	7	17	24
TOTAL.....	98	107	205

Por grandes grupos de edades.

EDADES	Varones.	Hembras.	TOTAL
Menores de 1 año.....	9	8	17
De 1 á 4.....	29	40	69
5 á 19.....	9	10	19
20 á 39.....	10	8	18
40 á 59.....	19	6	25
60 en adelante.....	22	35	57
TOTAL.....	98	107	205

## OBSERVACIONES

La elevadísima mortalidad de 15 de Diciembre á 20 de Enero ha descendido en Febrero á cifras casi normales. Esta mejoría se acentúa en los primeros días de Marzo.

Fallecieron en Enero 3.059, dando un término medio diario de 98,68. Comparando con las cifras arriba expuestas se ve que el descenso es superior al 40 por 100.

Esta notable mejoría ha sido mayor en las edades medias y menor en las extremas. En este brote epidémico han sido afectados por igual todos los grupos de edades, cosa

que no ocurrió en Mayo-Junio de 1918 ni en Enero de 1919, pues entonces los niños y los viejos lo fueron en pequeña proporción. Esto demuestra á nuestro entender que la influencia mortífera específica ha desaparecido y sigue un pequeño aumento de mortalidad en las edades menos resistentes á las inclemencias del invierno.

Los fallecidos por gripe el mes anterior fueron 311 y en este 38, y por bronconeumonía 446 y 205, respectivamente. Aunque el descenso en esta última afección es mayor del 50 por 100, no es tan franco como el de la gripe. Esto es debido á que la mayoría de las bronconeumonías sin otro objetivo fueron manifestaciones de la epidemia reinante, y al desaparecer ésta, las de esta índole no se presentan, pero continúan las producidas á *frigore* como causa determinante de su iniciación.

El sarampión y la coqueluche han aumentado sus coeficientes de mortalidad. Los de la tos ferina producen honda preocupación, no por su cifra absoluta, 38 fallecidos por esta causa, sino por su excesiva proporción respecto á las cifras habituales.

Después de varios meses ha ocurrido una defunción por viruela. La víctima ha sido un niño de seis meses de edad, en la Ronda de Valencia. Es de sospechar que se trata de un caso de importación por algun vector.

De encefalitis letárgica no se ha recibido ninguna certificación. De encefalitis común en la rúbrica *otras enfermedades* hay incluidos dos óbitos que no alteran la proporción corriente de este diagnóstico.

LUIS LASBENNES.

## Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA  
Y BELLAS ARTES

Ilmo. Sr.: Desierto el concurso de traslación anunciado para la provisión de la Cátedra de Medicina legal y Toxicología, vacante en la Facultad de Medicina de Sevilla,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que la citada Cátedra se anuncie desde luego á oposición entre auxiliares, turno que le corresponde, agregándose á la de igual denominación vacante en la Universidad de Barcelona, correspondiente al mismo turno y anunciada por Real orden de 27 de Febrero (*Gaceta* de 3 del actual) en la forma y términos que establece el apartado cuarto del art. 4.º del Real decreto y Reglamento de 8 de Abril de 1910.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 5 de Marzo de 1920.—*Rivas*.—Señor subsecretario de este Ministerio

Ilmo. Sr.: De conformidad con la propuesta formulada á tenor de lo preceptuado en la Real orden de 8 de Enero del corriente año,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido nombrar á D. Federico Oloriz y Ortega, vicerrector de la Universidad de Granada.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 5 de Marzo de 1920.—*Rivas*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* de 10 de Marzo)

# LA DIABETES

## VINO URANADO PESQUI

Y SUS COMPLICACIONES

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

De venta en todas  
las farmacias  
y droguerías  
Literatura y mues-  
tras, LABORATO-  
RIO PESQUI Prim  
76. San Sebastián

## Crónicas.

**¿Casos de peste bubónica?**—El periódico local *La Provincia*, de Huelva, publica un cablegrama de Las Palmas diciendo que a bordo del vapor *España* núm. 6, que navegaba con rumbo a la Península, se han registrado varios casos de peste bubónica, y han fallecido tres tripulantes desde Buenos Aires a Las Palmas.

El despacho dice que el barco pasará cuarenta días en el lazareto, y de allí marchará a Vigo, y después a este puerto.

Posteriormente, y en telegrama reproducido por *El Sol*, leamos:

«Málaga 16 (10,30 m.).—Se censura duramente el que se haya permitido la entrada en este puerto del vapor *España* número 6, que traía casos de peste bubónica a bordo. El barco permaneció aquí dos días. Anoche salió con rumbo al lazareto de Mahón, porque no podía fondear en Huelva, que era el punto de destino, pues a él llevaba una carga de trigo.

El capitán del *España* núm. 6 negó al práctico que trajera patente sucia, y por esto no se le puso ningún inconveniente para la entrada.

Enterado el gobernador del escandaloso hecho, confirió con el comandante de Marina y se pudo evitar el contacto con el buque de los obreros que habían de llevar carbón al barco.

Se instruye sumaria al capitán».

**El saneamiento de Santander.**—El ministro de la Gobernación puso el día 11 del corriente a la firma del Monarca un decreto promulgando la ley que declara de utilidad pública las obras de saneamiento de Santander.

**Los haberes de las clases sanitarias.**—La Asamblea general de farmacéuticos, médicos y practicantes de la provincia de Badajoz, que debía celebrarse en esta plaza para pedir al Estado que los haberes de las clases sanitarias fuesen abonados por él, ha sido suspendida por no haberse recibido suficiente número de adhesiones.

No obstante, la propaganda continúa con gran entusiasmo, y se cree que el Congreso se celebrará en breve.

**Una conferencia del Sr. Casares Gil.**—En el local de la Asociación de estudiantes de Farmacia, y desarrollando tema tan interesante como «Vida y trabajos de Bunsen», ha dado recientemente una notable conferencia el catedrático Sr. Casares Gil.

Comenzó su disertación elogiando las Asociaciones de estudiantes, y después de exponer el funcionamiento de las existentes en Alemania y Estados Unidos, enalteció los nobles fines que estas entidades bien organizadas están llamadas a cumplir.

A continuación hizo la biografía de Bunsen y un relato de los primeros estudios del químico alemán.

Detalladamente expuso los trabajos realizados por Bunsen al estudiar el aprovechamiento de los gases desprendidos de los altos hornos, obteniendo con esto grandes mejoras en la metalurgia del hierro.

Habló de los inventos realizados por Bunsen, entre los que son de todos conocidos el mechero que lleva su nombre y la pila eléctrica.

Examinó el conferenciante el procedimiento yodométrico de análisis y el calorímetro, importantísimos trabajos de Bunsen.

Al terminar su elocuente disertación fué muy ovacionado, y por los estudiantes le fué asimismo manifestada la gratitud por su desinteresado trabajo.

**Los Colegios de Farmacéuticos.**—Convocados por el inspector provincial de Sanidad de León, Dr. Morras, se reunieron el día 12 del corriente los farmacéuticos de esta capital y de la provincia para dar cumplimiento a las disposicio-

nes vigentes que ordenan se constituyan con carácter obligatorio de corporaciones oficiales los Colegios Farmacéuticos y por considerar que el Real decreto de 23 de Octubre está incumplido.

**La lactancia de los hijos de las obreras.**—La Comisión de la Liga de Señoras de Acción Católica, de Barcelona, en su sección de lucha contra la mortalidad infantil, ha visitado al directorio de la Federación Patronal del arte textil para interesarle la habilitación en todas las fábricas de un local para albergar durante el día a los niños de pecho hijos de obreras, a fin de que puedan ser lactados más fácil y cómodamente por sus madres durante el tiempo que a tal objeto les concede la ley.

La Comisión de señoras expuso su convicción de que con esta medida disminuirá la mortalidad infantil.

**¡Caridad! ¡Caridad!**—Con motivo del suelto publicado con este mismo título en el número de nuestro periódico, correspondiente al día 21 de Febrero pasado, los académicos de la Real Academia Nacional de Medicina hicieron una colecta para remediar en algo la situación precaria de la viuda del médico de Canales de la Sierra, doña Eustasia García Fernández. Inició la suscripción y la encabezó con 125 pesetas el Dr. González Álvarez, habiendo recaudado la suma de 316 pesetas que con verdadero gusto ponemos a su disposición. Dios premie la caridad de tan excelentes compañeros.

**Instituto de Fisioterapia del Dr. Hurtado, Duque de Alba, 15, principal.**—Los señores médicos de España que quieran enterarse por sí mismos de las cosas, pueden visitarlo sin previo aviso cualquier día laborable por la mañana hasta la una.

—Cuenta con aparatos Zander para movilizar toda clase de articulaciones, y con instalación eléctrica para producir todas las modalidades de positiva utilidad hoy conocidas.

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

**IODASA BELLOT**  
Solución titulada  
de IODOPEPTONA  
ODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE

gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los yoduros. Sin iodismo.

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de yoduro alcalino.

Dosis.— Niños. . De 5 a 20 gotas.—Adultos. . de 10 a 50 gotas

Muestras y prospectos: F. BELLOT

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

**SOLUCION BENEDICTO**  
Glicero-fosfato de calcio con CREOSOTAL

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

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MÉDICO por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

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

## TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO HABITUAL

### CON PETROSINA LIQUIDA GARCIA SUAREZ

La Petrosina es un hidrocarburo insípido que estimula la secreción de líquidos en el aparato digestivo facilitando la expulsión del excremento, inofensivo en todas las edades.