

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

J. DE AZÚA

Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.

L. CARDENAL

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

V. CORTEZO

Profesor del Instituto Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY

Médico del Hospital General de Madrid.

A. FERNÁNDEZ
Alumno de Medicina.

M. GAYARRE

Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.

Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL

A. GARCÍA TAPIA

Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.

F. GONZÁLEZ AGUILAR

Director-Médico del Instituto Cervantes.

J. GOYANES

Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ

Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO

Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

F. LOPEZ PRIETO

Ex-Médico-Titular.

Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ

J. MADINAVEITIA

Médico del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

G. MARAÑON

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

A. MEDINA

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

B. NAVARRO CÁNOVAS

Profesor de Radiología del Hospital Militar.

J. ORTIZ DE LA TORRE

Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

S. PASCUAL Y RÍOS

Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.

A. PULIDO MARTÍN

Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

P. DEL RÍO HORTEGA

Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

G. RODRÍGUEZ LAFORA

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

JOSÉ SANCHIS BANÚS

Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.

F. TELLO

Sub-Inspector General de Sanidad. 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: Nota previa sobre un caso interesante y extraordinariamente raro de septicemia hemorrágica, por los Dres. Muñoyerro y Calvin.—Contribución al estudio histopatológico de las cápsulas suprarrenales en la intoxicación tetánica, por C. Sabucedo.—Tratamiento del tífus exantemático, por J. Francos Rodríguez.—La transplatación en Cirugía, por el Dr. Goyanes.—Bibliografía, por G. Marañón.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Una liga española de Medicina social, por Aguado Marinoni.—Al pomposo epigrafe «En honor de la verdad», por Enrique Orse.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Montepío facultativo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

Nota previa sobre un caso interesante y extraordinariamente raro de septicemia hemorrágica?

POR LOS

DRES. MUÑOYERRO Y CALVIN

Lo excepcional del caso que vamos á exponer, justifica esta nota previa, dejando para más adelante, cuando termine la enfermedad, el hacer un estudio completo de la misma, con el fin de que, si hay algún médico que haya visto un caso semejante al nuestro, lo aporte para enriquecer la casuística, y si nosotros hemos tenido la fortuna de ser los primeros que lo hemos observado, pueda tenerse presente en el diagnóstico de algún caso parecido y hacer las investigaciones pertinentes á este fin.

Una joven de veintiséis años, sin antecedentes de importancia relacionados con la enfermedad actual; esta empezó en el mes de Septiembre de 1915, con temperaturas muy elevadas, que llegaron en algún momento á 42°,2, hinchazón general, aumento de volumen del vientre y palidez. No hicieron análisis de orina. No toleraba ningún alimento que no fuese leche. Con ligeras mejorías, que alternaban con recaídas, transcurrieron más de cinco meses, restableciéndose en parte y llegando á fines del año 1916 en que empezó nuestra observación.

Nos encontramos con una enferma joven, de baja

estatura y poco peso, regularmente nutrida, piel pálida, respiración algo anhelosa, lengua saburral, nada anormal en faringe y amígdalas; no hay aumento de tamaño de los ganglios en ninguna región. Pulmón á la percusión normal; á la auscultación, ligera disminución del murmullo en todo el lado derecho; no hay fenómenos de mediastino. Corazón normal, pulso pequeño, deprimible y frecuente (120). Bazo é hígado en estado normal. Ligera resistencia á la palpación profunda en vientre, más hacia el lado derecho. Orina (primer análisis), normal. Fiebre de 38°. Epixtasis.

A reserva de hacer diversas pruebas diagnósticas, hemos de confesar que nuestra primera impresión fué la de que se trataría de una afección tuberculosa, tanto más cuanto que habíamos observado en la exploración una disminución del murmullo vesicular en el lado derecho, y mientras no se demostrase lo contrario, teníamos que estar avisados para rectificar ó comprobar nuestra sospecha. ¡Cuántos casos de estos se han revelado por una hemoptisis, y ya mucho antes debieron haberse puesto en claro, para empezar el tratamiento á tiempo! En cuanto á las condiciones en que fué colocada la enferma, no hay que decir lo fueron como si de una afección tuberculosa se tratase, mientras se hacían las exploraciones y exámenes imprescindibles.

Estos, y sobre todo el de la sangre, nos dió la clave, y como sería abrumador el exponer con un detalle exagerado cada uno de los episodios que en el curso de cuatro años se han presentado, voy sintéticamente á enumerar los signos y hechos más importantes que caracte-

terizan al caso que estudiamos. También prescindo de la pesada labor de hacer diagnósticos diferenciales; del estudio del análisis de sangre expuesto á continuación se deduce que todas las enfermedades con que pudiera confundirse se han tenido en cuenta.

La fiebre.—No ha desaparecido ni un solo día en el tiempo que venimos observándola. Sin escalofrío en los primeros meses que la vimos, hoy casi siempre la acompaña. La mínima de 37,05 y la máxima de 39°.

En ocasiones alcanzó límites más altos debidos á la reacción que se producía por el tratamiento con autovacuna, que luego expondremos, pero en general se mantenía entre 37,5 y 39, sin que haya habido un día en el cual haya estado apirética; cuando más se consiguió fué después del tratamiento por autovacunas, descontando la reacción inmediata á la misma, pero aun entonces no conseguimos verla limpia de fiebre.

Un fenómeno curioso merece citarse, y es que cualquier clase de alimento que no sea leche ó jugo de frutas la produce gran elevación de temperatura, alcanzando á veces límites inconcebibles (41°). Las harinas que se emplean en la alimentación de los niños no son bien toleradas en temporadas largas, viéndonos obligados á retirarlas y dejar pasar unos días, para volver á intentarla otra vez.

Hemorragias.—Epistaxis frecuentes y abundantes que en alguna ocasión obligaron á poner suero fisiológico en inyección subcutánea y suero de caballo. No guardan periodicidad ninguna. La menstruación ha desaparecido hace más de dos años.

Hemorragias por el ano. No tiene hemorroides.

No ha tenido hemoptisis.

Hematurias.—No se habían presentado hasta hace un año, pero desde entonces son habituales, hasta el punto que no hay emisión de orina sin sangre.

Albuminuria.—6 á 7 gramos de albúmina por litro según el albuminómetro de Esbach; claro es que en gran parte se debe á la sangre.

Aparato respiratorio.—Ligera disminución del murmullo en todo el lado derecho, exactamente igual que el primer día.

No hay crujidos ni estertores, ni frotos, ni nada que merezca la pena apuntarse. No ha tenido hemoptisis. Frecuencia respiratoria normal y en relación con la temperatura.

Aparato circulatorio.—Matidez cardíaca normal, auscultación normal, pulso frecuente (140 á 160), pequeño y deprimible.

Aparato digestivo.—Lengua saburral, falta de apetito, náuseas y vómitos con relativa frecuencia, sobre todo si sale de la dieta de leche. Estreñimiento.

Sistema nervioso.—La enferma es histérica. Tiene zonas de anestesia y abolición del reflejo faríngeo.

Insomnio. Cefalalgias.

Hemos observado tan sólo una vez un acceso de *temperatura* típico.

Hemocultivo.

Por hemocultivo se ha podido aislar un germen

cuyos caracteres más importantes son los siguientes: forma bacilar y dimensiones muy variables, viéndose, según el medio de cultivo y según el momento en que se hace el examen, desde el aspecto en cocobacilo hasta filamentos más ó menos largos. En uno de los primeros cultivos en agar obtenido directamente del caldo sembrado con la sangre de la enferma, se apreció de modo evidente, coloración bipolar; en ninguna de las siembras ulteriores se ha podido volver á demostrar claramente esta particularidad. En los primeros cultivos obtenidos ha resultado ser gram negativo fácil, pero en siembras ulteriores ha ofrecido cierta resistencia á la decoloración. Los métodos de impregnación á la plata han revelado la existencia de múltiples flagelos. Sin embargo, la movilidad del germen—examinado en las condiciones habituales—es, aunque manifiesta, débil. Sólo crece aerobiamente, siendo lento el desarrollo puesto que, por lo general, precisa cuarenta y ocho horas de estufa. En las doce primeras horas de incubación nunca ha dado en el agar colonias visibles ni aun en resiembras de cultivos bien habituados á los medios artificiales. Enturbia ligeramente el caldo sin formar depósito ni velo. Forma gránulos muy finos en la gelatina liquidando el medio. Crece también en el suero de Löffler dando colonias muy pequeñas. Las siembras en patata han resultado siempre con vegetación escasísima ó absolutamente nula.

Soporta esta bacteria temperaturas muy altas. Calentada en baño maría durante dos horas á 95° crece todavía en nueva siembra. Para esterilizar, con seguridad, las emulsiones ha sido preciso calentarlas nuevamente á esta temperatura durante tres horas seguidas. En los cultivos viejos se aprecian esporos de situación preferentemente polar.

Ensayado el suero sanguíneo de la enferma en su acción frente á este germen ha resultado aglutinación fuerte á las pocas horas de estufa, en las diluciones del suero al 1 por 10 y 1 por 50, muy clara todavía en la dilución al 1 por 100 y débil en la dilución al 1 por 200.

Hecha inoculación á una paloma no pudo apreciarse en el animal ningún fenómeno patológico. En cambio este microorganismo mata á los conejos comunes y cobayas en unos doce días. Los efectos más manifiestos se determinan en el conejo cuando se le inyecta, por vía intravenosa, 1 c. c. de un cultivo en caldo. Se aprecian en la autopsia focos purulentos y hemorrágicos en el hígado.

El germen descrito se aproxima por algunos de sus caracteres á la bacteria encontrada por Fränkel y Pielsticker en un caso de septicemia, que fué bautizada por los autores referidos con el nombre de *bacterium anthroptosepticum* y que ha sido incluida entre las especies raras productoras de septicemias humanas. Sin embargo, lo incompleto de las descripciones que se encuentran de dicho germen no permite hacer la afirmación segura de que se trate del mismo microorganismo.

Consideramos nuestro caso de interés como una contribución más al estudio etiológico de las septicemias

humanas de tipo hemorrágico que han sido ya objeto de investigaciones por parte de diversos autores.

Con fines diagnósticos se han hecho en esta enferma los siguientes exámenes:

Serológicos:

Reacción de Wassermann, negativa.

Idem de Weinberg, negativa.

Ensayo de aglutinación para b. tífico, negativo.

Idem id. id. b. paratífico A, negativo.

Idem id. id. b. paratífico B, negativo.

Idem id. id. colibacilo (3 razas), negativo.

Idem id. id. melitensis, negativo.

Hematológicos:

Investigación directa del b. de Koch en la sangre, negativa.

Número de glóbulos blancos y rojos, cantidad de hemoglobina y fórmula leucocitaria sin variaciones de interés. Falta además de elementos patológicos en las preparaciones.

De orina: No han dado más datos que presencia de albúmina y sangre y disminución marcada de la urea. La investigación directa del b. de Koch ha resultado negativa como igualmente las inoculaciones practicadas.

Reacción de Pirquet, negativa.

La constante de Ambard ha resultado ser de 0,112, habiendo, por lo tanto, según las tablas de este autor una pérdida de 60 por 100 en la actividad renal fisiológica.

Como se ve, el caso merece el estudio minucioso que se ha hecho del mismo, y así lo han estimado en la comunicación que hicimos á la Academia Médico-Quirúrgica Española (año 1919), los señores académicos que tuvieron la bondad de escucharnos.

Descartadas todas las afecciones con las que se ha hecho el diagnóstico y no hemos de insistir, comprobado varias veces por el hemocultivo el hallazgo de un germen en sangre, cuyos caracteres parece coincidir con el descrito por Fraenkel y Pielsticker (1), convencidos por el curso de la enfermedad que es una cosa distinta de las que estamos acostumbrados á ver, y además, viendo á la enferma en el relativo buen estado general en que se encuentra á pesar de la cronicidad del mal, no tenemos más remedio que aceptar el que estamos ante una enfermedad poco común, de la cual no hay descrito en la literatura médica de que hemos dispuesto, ningún caso.

En cuanto á tratamiento, ha sido principalmente higiénico. La enferma está en habitación bien orientada, espaciosa, soleada y ventilada. Cuidado esmeradísimo en el cambio de ropas de cama y del cuerpo. Reposo. Limpieza de boca y piel. Alimentación, dieta de leche, pues como he dicho, cualquier otro alimento hacía subir extraordinariamente la fiebre. Sin embargo, los jugos de frutas (uvas, naranjas, limón, etc.) son em-

pleados con frecuencia, y durante largas temporadas han sido bien tolerados. Nos hemos visto en la precisión últimamente de administrarle el alimento en forma de helados, por la gran facilidad con que vomitaba si no los tomaba de esta manera; ha llegado hasta á aumentar de peso, y á mejorar el estado general.

El elemento más persistente y rebelde, la fiebre, se ha combatido mediante sábanas frías, obedeciendo bastante bien á ellas.

Adrenalina en inyección y administrado por la boca, en temporadas; calcio en los momentos de tetania, tratamiento de las hemorragias mediante inyecciones de suero de caballo y salinas, tratamiento sintomático.

Tratamiento por vacunas. Como se consiguió aislar un germen por el hemocultivo, tuvimos la idea de preparar una autovacuna, y el doctor Calvín la preparó, haciendo la primera dilución al 1 por 100.000. De ésta le pusimos una décima el día primero de tratamiento, observándose una reacción brusca y elevada (41°), en vista de lo cual se hizo una dilución al 1 por 1.000.000. Sucedió lo mismo y volvimos á preparar otra al 1 por 100.000.000. Aunque existía reacción evidente (prueba de la sensibilización por este germen) no era ésta tan acentuada como con las otras diluciones; esto permitió continuar el tratamiento durante un período de seis semanas. Se consiguió que disminuyera algo la fiebre, pero no desapareció, y en vista de las nuevas reacciones violentas que se presentaron y hemorragias, prudentemente desistimos de seguir este camino, tanto más cuanto que con el tratamiento higiénico y dietético nos iba muy bien y actualmente la enferma vive y tenemos esperanzas muy fundadas de que se cure.

Demasiado extensa esta nota, sirva únicamente para dar á conocer el caso, reservándonos para más adelante, como dijimos al principio, dar cuenta exacta de lo sucedido.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE LAS CAPSULAS SUPRARRENALES EN LA INTOXICACIÓN TETÁNICA

Por

C. SABUCEDO

En la intoxicación tetánica como en casi todas las intoxicaciones producidas por venenos orgánicos, son las cápsulas suprarrenales de los órganos más profundamente afectados.

Para nuestro estudio experimental nos hemos valido del conejillo de Indias por ser animal sensible á la toxina tetánica, y por haber estudiado nosotros detenidamente en él con anterioridad la histología normal de los órganos que nos ocupan. Varias series de conejillos fueron inyectados con dosis mortales mínimas con objeto de producirles un tétanos de cinco á seis días de duración. Cuando el animal se encontraba próximo á la muerte era sacrificado y se extraían rápidamente las cápsulas para evitar las alteraciones post-mortem. Hemos empleado como fijador la mezcla formol Müller,

(1) Über eine bisher unbekannte menschenpathogene Bakterium auschiesend aus der Gruppe der Bakterien de Septicemie haemorrhagica. Zeitsch. f. Hyg und Infektions Krank. 1906-Bd, 64-S-146,

por tener la ventaja de producir una induración conveniente para los cortes en congelación y á la vez colorear la substancia cromafine.

Como colorante empleamos en unos cortes hematoxilina, seguida de Sudán III, y montaje en levulosa ó glicerina; obteniéndose una coloración característica de los lipoides de la corteza; y para hacer una observación más precisa, coloreábamos otros cortes con hematoxilina eosina, sin diferenciar en solución ácida la tinción nuclear para no alterar lo más mínimo la reacción cromafine.

Esta reacción tiene una importancia extraordinaria en el estudio de estos órganos, pues nos permite mediante el examen microscópico apreciar el estado de la función adrenalinógena de la glándula en estudio.

La reacción cromafine (reacción de Henle) no es más que la precipitación por reducción al estado de bióxido de cromo de las soluciones de bicromato en presencia de la adrenalina, pudiéndose realizar el mismo fenómeno con las sales de plata y osmio como recientemente han demostrado T. y A. Ogata (1).

En la zona cortical de las cápsulas de los animales muertos de tétanos, hemos observado la misma riqueza en lipoides que en estado normal, observando únicamente que las gotitas de estos lipoides parecen algo mayores.

En la región medular (zona adrenalinógena) es donde se observan marcadas lesiones.

Las células cromafines presentan alteraciones necróticas; en muchas aparece el núcleo en pienosis muy avanzadas; otras muestran distintos grados de cromatolisis; la substancia cromatofina es siempre escasa, observándose zonas en las que falta por completo, siendo lo más frecuente ver diseminados en el protoplasma celular escasos granos pequeños de color ocre claro. Esto es signo indudable de la falta o escasez de adrenalina en las glándulas productoras. ¿Es por defecto de producción ó por exceso de consumo? Nosotros creemos que es por ambas cosas á la vez, teniendo en cuenta de una parte las profundas alteraciones necróticas del parénquima adrenalinógeno y de otra el gran consumo de adrenalina que el exceso de trabajo muscular produce, según se deduce de las experiencias de Maraño (2).

Estas alteraciones de la función productora de adrenalina están acordes con los datos que el tratamiento de los tetánicos por esta substancia proporciona (Maraño y otros).

Conclusiones.

1.^a Las cápsulas suprarrenales sufren profundas alteraciones en la intoxicación tetánica.

2.^a Estas alteraciones son de dos clases:

A.—Alteraciones necróticas de la región medular.

(1) TOMOSABURO Y AKIRA OGATA: Henle reaction of the chromaffine cells in the adrenals, and the microscopy test for adrenalin, *The Journal of Experimental Medicine*, June, 1917.

(2) MARAÑO: *Bol. de la Soc. Esp. de Biología*, 1911-13.

B.—Disminución de la substancia cromafine.

3.^a El tratamiento de los tetánicos con adrenalina, además del suero específico, está de acuerdo con los datos histopatológicos observados.

DE LA AMÉRICA ESPAÑOLA

TRATAMIENTO DEL TIFUS EXANTEMÁTICO

POR

J. FRANCOS RODRÍGUEZ

El médico chileno Dr. Prado Tagle ha publicado una notable é interesantísima monografía acerca del tratamiento del tifus exantemático por las inyecciones endovenosas de peptona conforme al método del doctor Nolf.

Sabido es que este profesor de la Facultad de Medicina de Lieja aplicó las aludidas inyecciones endovenosas para el tratamiento general de las enfermedades infecciosas. Inició su procedimiento en Julio de 1916, aplicándole á una enferma de fiebre tifoidea grave, á la cual suministró la dosis de 3 centigramos de peptona por kilogramo de peso humano. Los resultados fueron tan beneficiosos en cuanto á la modificación de la temperatura, del estado general y del pulso, que el doctor Nolf persistió en el sistema aplicándole á otros casos de fiebre tifoidea, siempre con resultados satisfactorios.

Según él, si la dosis inyectada es igual ó inferior á un centigramo por kilogramo de peso del enfermo, la reacción se produce con mayor lentitud y el descenso térmico es menos intenso y brusco. Con dosis mayores la reacción se anticipa y la temperatura desciende más duradera y pronunciadamente.

El Dr. Nolf cree que la acción antiinfecciosa de la peptona no es específica, ya que ha visto sus efectos benéficos, no sólo en las fiebres tifoideas, sino también en septicemias quirúrgicas. El Dr. E. Prado Tagle ha seguido paso á paso las indicaciones del Dr. Nolf, como autor del procedimiento. Ha practicado investigaciones de carácter experimental antes de implantar en la clínica el nuevo tratamiento, y después de estos estudios preliminares ha hecho las aplicaciones á los casos de tifus exantemático realizadas por vez primera en Chile y previos estudios de laboratorio que tuvieron éxito felicísimo.

El Dr. Prado Tagle anuncia primeramente los cuidados que han de tener con el enfermo antes y después de la inyección.

Fricciones ó abluciones del cuerpo con agua alcoholizada ó vinagre aromático, una ó dos veces por día.

Limpieza cuidadosa de la boca, manos, etc.

Vaciamiento diario del intestino con lavados ó sifonajes bicarbonatados ó ligeros laxantes.

Vigilancia de la diuresis.

Los baños ó envolturas pueden ser necesarios en algunos casos.

Alimentación del enfermo antes de la inyección.—Desde las seis de la tarde del día anterior á la inyección se sometió al enfermo á la siguiente alimentación:

Agua con jarabes, agua con cognac, agua con arroz.

Jugo de frutas cocidas; en cantidad no mayor de 1-1½ litros en doce horas (salvo casos de transpiración abundante en la que la cantidad del líquido debe aumentarse). (Con el objeto de privarlo de todo cuerpo albuminoideo).

Alimentación del enfermo después de la inyección.—Leche con harinas, arroz, jugo de frutas, miel, Quaker, etcétera.

Frutas cocidas pasadas por tamiz.

Agua con cognac, agua con jarabes, sopas en caldo de verduras.

Vino de quina.

Para la primera inyección empleó el doctor Prado Tagle dosis de 10 c. c. en adultos bien constituidos. En general usó dosis de 8 y aun de 6 c. c. Para niños de doce á quince años, 5 c. c.

Después de los estudios experimentales en conejos la dosis inicial subió á 9 y 10 c. c.

La inyección de la peptona es endovenosa y se aplicó calculando la introducción de 1 c. c. de la solución de peptona por minuto y observando cuidadosamente el pulso como lo aconseja el profesor Nolf. Un ayudante fué contando en alta voz el número de pulsaciones cada diez ó cada treinta segundos; si la frecuencia del pulso sobrepasaba de 30-35 por cuarto de minuto se detuvo la inyección unos instantes hasta que bajara el número de pulsaciones, cosa que ocurrió pronto.

La cantidad empleada en las inyecciones siguientes depende del estado del enfermo (temperatura, pulso, presión arterial), puede ser igual en c. c. á la primera, cosa que es necesaria sólo en muy pocos casos (cuando la temperatura no ha sido suficientemente influida); la mitad y aun menos de la dosis primera es la cantidad inyectada en la mayoría de los casos.

Salvo indicaciones muy especiales, estas inyecciones, que siguen á la primera, no se aplicarán antes de las cuarenta y ocho horas y puede esperarse tres ó cuatro días para repetirlas, pues á veces la reacción definitiva tarda en producirse.

En casi todos los enfermos se inyectó una segunda dosis al segundo ó tercer día (5, 4, 3 c. c.). En pocos casos fué necesario inyectar una tercera dosis, nunca mayor de 1-2 c. c.

El distinguido doctor chileno enumera en su trabajo el desenvolvimiento de la acción terapéutica ejercida por la aplicación del método Nolf y resume su opinión basándola en hechos con las siguientes conclusiones:

1.^a Las soluciones endovenosas de peptona, según el principio del profesor Nolf, con las modificaciones propuestas, no constituyen ningún factor de peligro, pueden ser aplicadas en cualquier edad y estado del enfermo.

2.^a Mejoran el estado general del paciente, influyen favorablemente la temperatura, abrevian la duración de la enfermedad, permitiendo así una convalecencia rápida.

3.^a Su empleo producirá tanto mejores resultados, cuanto más temprano se inicia el tratamiento.

4.^a La cifra de mortalidad hospitalaria puede estimarse en un 5 por 100.

Aparte la trascendencia práctica que pueda tener el estudio del doctor Prado Tagle, le he recogido en estas columnas para dar en ellas nuevo testimonio de los grandes progresos que realiza la Medicina en la América española. En aquellos países donde nuestra raza cumple con altas misiones, se ofrecen pruebas constantes de progreso científico que debemos ensalzar, no sólo por su valor intrínseco, sino por lo que enaltecen á España, pues al cabo y al fin hijas suyas son las naciones que al otro lado del Atlántico tanto y tan lucidamente trabajan.

LA TRANSPLANTACIÓN EN CIRUGÍA (1)

POR EL

DOCTOR GOYANES

Nosotros también hemos ensayado la transplatación renal en el cuello, anastomosando los vasos del riñón extirpado con la arteria carótida y la vena yugular externa, respectivamente (en el perro la yugular interna es de muy poco calibre, por el escaso desarrollo cerebral). Los experimentos fueron hechos en el Laboratorio de Fisiología de la Facultad de Medicina, á cargo del Dr. Gómez Ocaña, que me facilitó todos los medios disponibles, pero por deficiencias en la asepsia operatoria no pudimos conseguir un resultado permanente de la transplatación; á los pocos días de realizada se producía un flemón cervical, eliminándose el órgano esclatado. Sólo conseguimos resultados inmediatos aceptables, persistiendo después del experimento la circulación en el órgano transplantado, una vez hecha la sutura vascular, y saliendo algunas gotas de un líquido claro á través del orificio ureteral implantado el uréter en un ojal hecho en la piel.

En 1907 publicó Stich, de la Clínica de Carré, de Breslau, nuevos experimentos de transplatación autoplástica del riñón. En sus primeros ensayos hizo la transplatación en el cuello, como los experimentadores citados anteriormente, pero en uno de sus casos se produjo, al décimo día, una infección ascendente á partir del orificio del uréter, y para evitar el inconveniente de la infección externa, á partir del orificio ureteral implantado en la piel, hizo sus ulteriores experimentos implantando los vasos renales en los ilíacos externos y replantando el uréter seccionado en la vejiga; los vasos ilíacos eran ligados al principio en su parte periférica y ocluidos con una pinza de Höpfuer en la central antes de ser seccionados; la sutura de los vasos renales con los ilíacos se hizo con la técnica de Carrel y el autor, de la cual tantas veces hemos hablado; el muñón ureteral fué implantado en la vejiga, siguiendo la técnica que para el objeto ha ideado Witzel. La duración de la operación fué de treinta minutos. Los dos primeros días después de la operación el animal estaba bastante decaído. La orina expulsada por vías naturales era sanguinolenta y contenía coágulos sanguíneos. Al comienzo de la tercera semana el animal empezó á decaer, y poco después murió, encontrando en la autopsia peritonitis crónica con abscesos perirrenales y parietales; el riñón transplantado, de normal consistencia, forma y color; el uréter bien adherido á la vejiga; el orificio ureteral vesical

(1) Véase el número anterior.

apenas reconocible, pero con una sonda fina se llegó á pasar hasta la pelvis renal; las suturas arterial y venosa en perfecto estado, haciendo los hilos ligera procidencia en la luz vascular, y hallándose cubiertos de una capa brillante de endotelio. Al microscopio se vió un riñón normal, sin degeneración epitelial alguna y sin manifestaciones de nefritis epitelial ni intersticial.

En resumen, las transplantaciones renales autoplásticas son posibles en el terreno experimental, y el riñón transplantado segrega una orina que se diferencia poco de la orina normal; pero el valor funcional del riñón transplantado no puede reconocerse con exactitud porque en el animal de experimentación persiste otro complemento sano.

La transplantación homoioplástica, es decir, de un animal á otro de la misma especie, fué hecha por primera vez por Ullmann en 1902. Pero el valor funcional del riñón transplantado de un perro á otro quedó sin determinar. En el mismo año De Castello hizo análogos ensayos y pudo analizar la orina del riñón transplantado, encontrando que en veinticuatro horas segregó 1.200 c. c., conteniendo una gran cantidad de albúmina y muchos cilindros.

Pero las regiones cervical é inguinal son inapropiadas para alojar el riñón, por lo cual Floresco, en 1905, hizo ensayos para transplantar el riñón de un animal en la región lumbar de otro, cuyo riñón se extirpaba para transplantarlo á su vez al primer animal. Los resultados ulteriores de estos experimentos no fueron, sin embargo, muy concluyentes.

En los años 1905 y 1906 hizo Carrel, en colaboración con Guthrie, una porción de experimentos en la Universidad de Chicago, practicando unas veces la transplantación simple, otras empleando la anastomosis vascular por el método llamado *patchin* ó *flick* á colgajo y también la transplantación en masa. Con el empleo de la transplantación simple no consiguió Carrel mejores resultados que los demás experimentadores, por lo cual se le ocurrió tomar con los vasos renales la porción de la aorta en que éstos se implantan, con lo cual las suturas no tenían que hacerse en aquellos, evitándose así posibles alteraciones de los vasos renales.

Este método, llamado á colgajo, es preferible, según Carrel, á la anastomosis término-lateral. Esta operación fué hecha catorce veces, y en ningún caso se produjo la gangrena del riñón. El órgano se hallaba en inmejorables condiciones de circulación. En un caso se observó el riñón á los cuarenta y tres días y se vió que estaba bastante congestionado y la vena esclerótica.

La transplantación en block fué hecha por primera vez por Carrel en el año 1906, con Guthrie, en el Laboratorio de la ciudad de Chicago, y representa el procedimiento ideal para la exploración funcional del riñón transplantado. Con el riñón y los vasos renales se toma un segmento de aorta y vena cava, cada uno de los cuales se une por doble sutura circular á la aorta y vena cava del otro animal, previamente seccionadas. Los resultados obtenidos con este procedimiento han sido excelentes en manos de Carrel, sobre todo en los hechos con técnica más perfeccionada en el Instituto de Rockefeller.

La técnica seguida en los casos de doble nefrectomía y reimplantación de un riñón, consistió en los siguientes actos: extirpación del riñón izquierdo, por medio de la laparotomía; preparación del órgano y de la región renal para el injerto; extirpación del riñón derecho y oclusión de la pared abdominal. La extirpación del otro riñón se hizo, bien inmediatamente después de la reimplantación, bien al cabo de dos semanas. Los experimentos fueron hechos con los mayores cuidados, como si se practicara la operación más delicada en el hombre. Prescindiendo aquí de los detalles

técnicos, vamos á analizar los resultados obtenidos. Sólo diremos que el riñón, después de extirpado y antes de reimplantarse, era lavado con la disolución de Locke, la cual se inyectaba también á través de los vasos renales para diluir ó expulsar la sangre é impedir de este modo la coagulación; entonces el riñón tomaba color amarillo si toda la sangre era expulsada, perdiendo su color rojo azulado normal. Los extremos vasculares eran sumergidos en vaselina.

Los resultados obtenidos los divide Carrel en anatómicos y funcionales. De los seis perros operados, uno murió á consecuencia de la operación misma. De los cinco animales que sobrevivieron á la operación, uno presentaba extensa tuberculosis pulmonar y tuvo que ser sacrificado veintidós días después; en otros dos se presentaron perturbaciones, á causa de la estrechez secundaria de la anastomosis del uréter, y murieron diez y siete y treinta y un días después. El último perro se encontraba á los ocho meses de la operación en estado completamente normal.

Los resultados anatómicos observados en la sección de los animales muertos fueron muy favorables; á la inspección apenas si podía reconocerse que el órgano había sido transplantado; no existían adhesiones cicatriciales alrededor del órgano, y el riñón sólo se presentaba alterado en los casos en que la vena renal había sufrido compresiones por tejido cicatricial ó se hallaba acodado por cambios en la posición del órgano, y entonces se observaron al microscopio alteraciones estructurales de importancia. Las suturas vasculares se presentaban en perfecto estado, sin indicios de trombosis ni de estrechez. La secreción urinaria de estos animales, en los cuales se había extirpado un riñón y transplantado el otro, era en algunos por completo normal, de color amarillo claro y abundante, sin tener albúmina más que en los días siguientes á la operación.

Desde el punto de vista biológico, los resultados de los experimentos de Carrel tienen un interés considerable; con ellos queda demostrado que un riñón, en el cual se suspende la circulación durante una hora y se le suprimen todas sus relaciones nerviosas, habiendo lavado sus vasos con la disolución de Locke, puede persistir en función normal durante ocho meses, sin presentar alteración alguna patológica la secreción urinaria. Es un hecho aceptado por todos los biólogos que el riñón es un órgano muy sensible á los cambios circulatorios, alterándose rápidamente los elementos epiteliales de los tubos secretorios renales; una hora después de la muerte, los epitelios renales se hallan igualmente muy alterados. Los experimentadores habían demostrado también que la interrupción circulatoria del riñón por simple compresión de la arteria ó de la vena y por un corto tiempo producía importantes alteraciones en el epitelio renal. Pues bien, los experimentos de Carrel han demostrado que la función del órgano transplantado se conserva normal, á pesar de haber estado interrumpida su circulación próximamente una hora, y sufriendo, además, la acción del lavado intervacular por medio de las disoluciones de Locke ó de Ringer. La temperatura de estas disoluciones puede hacerse fácilmente inocua; pero cualquier líquido que se pone en contacto con los elementos celulares de los tejidos, y en especial con las células tan susceptibles del riñón, ha de producir necesariamente alguna alteración.

Sabido es que las disoluciones de una sola sal tienen acción tóxica sobre los tejidos, y, por tanto, la llamada solución fisiológica de cloruro de sodio no debe emplearse para lavar el riñón, habiendo demostrado Ringer que esta acción tóxica puede neutralizarse empleando disoluciones de electrolitos opuestos como el calcio y el sodio, á fin de que neutralicen sus efectos. Loeb ha demostrado que si se colocan

huevos de *Fundulus* sen una disolución de cloruro de sodio con la misma tensión osmótica que el agua marina, se mueren, pero permanecen en vida si se añade una pequeña cantidad de cloruro cálcico.

Por lo que respecta á la necesidad de dar al líquido con que se lavan los vasos del órgano transplantado y en que se tiene sumergido, una tensión osmótica apropiada, resulta, por una parte, que las dificultades son grandes para conseguirlo; pero ateniéndose al corto tiempo, relativamente, que se suspende la circulación, no parece tener esto una importancia decisiva. Otro aspecto tiene el problema de evitar la autólisis en los órganos que han de permanecer fuera del organismo más ó menos tiempo antes de ser transplantados. Como han demostrado los estudios de Salkowski, cuando se colocan los órganos fuera del cuerpo, pero á la temperatura del organismo, y evitando la penetración de gérmenes microbianos, se produce la autodigestión al cabo de cierto tiempo; y el suero normal es el encargado de detener la autólisis. Parece que Opie ha llegado á obtener de los leucocitos y linfocitos los encimas y sus anticuerpos. For lo tanto, para evitar la autólisis de los órganos transplantables, es necesario sustituir las disoluciones de Locke ó de Ringer, por el suero del mismo animal y mantener el órgano á una temperatura en la cual el encima autolítico pierda su actividad.

(Continuará.)

BIBLIOGRAFIA

H. ROGER: *La Médecine*. Masson, París, 1920. Un volumen de 432 páginas.

Sólo un gran maestro, como Roger, podía llevar á cabo el resumen admirable y lleno de actualidad del estado presente de la Medicina que comentamos en esta nota. La Medicina se ha transformado profundamente en poco tiempo, y acaso no nos demos cuenta de ello, ni aun los que vivimos continuamente dentro de su cauce, como no nos paremos á lanzar una mirada sintética sobre los grandes problemas que constituyen los fundamentos de la ciencia médica. ¡Pero qué difícil es esto! Sobre cada materia se publica á diario un torrente nuevo de hechos y de teorías. Antes de haberlos podido depurar nos llegan de todas partes otros datos é hipótesis; y así de continuo, sin que la velocidad que á todos nos arrastra nos dé tiempo para un juicio profundo de las novedades.

Sólo un hombre informado de todas las disciplinas, lleno de sentido crítico y habituado á la enseñanza de los grandes problemas biológicos, puede realizar la empresa, comparable en utilidad para el médico actual, á la de los más penetrantes investigadores. Esto significa el libro del ilustre decano de la Facultad de Medicina de París.

Estudia en tres capítulos preliminares las nociones generales sobre la enfermedad y la salud, las causas de la enfermedad y la enfermedad y la infección; los medios de estudio de la patología; y la evolución de las ciencias médicas. Trata después de las causas de la enfermedad, que divide en mecánicas, físicas, químicas y animadas. Todos estos capítulos de etiología son admirables, singularmente los dedicados á las enfermedades infecciosas que, en unión del referente al problema de la inmunidad, que se hallará más adelante, constituyen el más completo y sagaz estudio de conjunto de la transformación de los problemas infecciosos que la guerra ha traído consigo. Son también dignos de ser citados los estudios de las autointoxicaciones y de las sinergias funcionales y simpatías mórbidas, verdaderamente magistrales.

Termina el libro con el estudio de la herencia, las reacciones morbosas, la evolución en patología (muy interesante), los métodos de diagnóstico y las bases de la terapéutica, lleno también de felices sugerencias.

Sinceramente creo que todo médico hará una cosa de inmediato provecho deteniéndose un punto en el trájín de las lecturas monográficas y leyendo y meditando este libro lleno de la facilidad inaccesible que da la madurez de una vida dedicada al puro cultivo de la ciencia.

G. MARAÑÓN.

Periódicos médicos.

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Recursos terapéuticos de la dermatología moderna.—M. Scholtz, profesor de Dermatología en la Universidad de Cincinnati, publica en *The Therapeutic Gazette*, volumen XXIX, un largo artículo donde expone de manera atrayente los avances realizados por la dermatología en estos últimos años.

La terapéutica dermatológica es constitucional ó local; aquella se basa en que se supone son las enfermedades de la piel sólo manifestaciones locales de un trastorno constitucional ó metabólico y desaparecen cuando se modifica el factor etiológico; esta idea es muy popular entre el público que pide una medicina para la sangre; es indudable que aumentando el tono del enfermo y favoreciendo sus funciones eliminatorias, se le coloca en mejor situación para combatir cualquier trastorno, sea de la piel ó de otro sitio. Este tratamiento general se ha usado empíricamente en las autointoxicaciones, trofoneurosis, diátesis (úrica, escrofulosa, estrumosa, reumática). Así no sabemos si el eczema infantil es debido á intolerancia ó á sobreabundancia de proteidos, grasas ó hidratos de carbono; como la experiencia demuestra que las distintas dietas ejercen diferentes acciones en cada caso, la solución del problema está en la individualización de la dieta, no restringiéndola hasta llegar á una deficiencia de calorías. Si se sospecha toxemia metabólica ó intestinal, se deben eliminar de la dieta los artículos que se supone causantes de la alteración.

Los factores constitucionales como productores de dermatosis sintomáticas, determinan lesiones de ordinario agudas y de distribución simétrica ó general, así las erupciones medicamentosas y los exantemas infecciosos.

Cuando la lesión es limitada, es natural suponer hay algún factor local al lado de la constitución.

En la mayoría de las enfermedades de la piel, el tratamiento local es, no sólo útil, sino absolutamente indispensable. La acción constitucional es más eficaz para evitar las recaídas.

En dermatología la única medicación efectiva es la triada antisifilítica, mercurio, salvarsán y yoduro. El arsénico es el único medicamento que se ha demostrado ejerce una acción específica estimulando las capas epiteliales de la piel. Esta acción y la tónica lo hace precioso en la especialidad. No debe darse en casos agudos ó subagudos, pero es de gran valor en los crónicos, sobre todo en los asociados á debilidad nerviosa como psoriasis, liquen plano, pénfigo, dermatitis herpetiforme. Su mejor modo de administración es como cacodilato sódico en dosis de 0,1 á 0,2 por vía hipodérmica tres veces á la semana. No hay que olvidar que su uso prolongado puede originar keratosis con peligro de ulterior degeneración maligna. El azufre sigue al arsénico en

popularidad, su administración al interior es inferior á su uso local. Su valor clínico se debe á su acción purgante aunque se acepte la posibilidad de que llegue algo hasta las glándulas sebáceas y las estimule. Algunos usan el sulfuro de calcio contra el acné, la forunculosis y la psicosis. Puede emplearse en la sífilis como antídoto del mercurio, con el cual forma el sulfuro de mercurio insoluble; evita el mercurialismo. Se toma como crema de azufre ó tabletas de tártaro tres o cuatro veces al día, con mucha agua. La ergotina y el ictiol se han propuesto en la urticaria y en el acné rosáceo como vasoconstrictores. El tratamiento del picor con la medicación interna no es de resultados muy brillantes, porque los nervios de la piel pueden ser alcanzados con más facilidad por aplicaciones locales; la morfina y el opio suelen aumentar el picor, y causan hábito. Las medicinas más usadas contra este síntoma son los bromuros, el cloral, la belladona, la fenacetina y la anti irina; la combinación de tintura de cannabis indica y tintura de gelsemium, XV ó XX gotas de cada una tres ó cuatro veces al día, es útil.

Los estudios de inmunidad y anafilaxia han conducido al tratamiento de algunas dermatosis con sueros y vacunas que se han empleado en lesiones producidas por estafilococos, como forunculosis, acné, psicosis, y dermatitis pustulosas. En el acné debe unirse el bacillus del acné.

La vacuna de estafilococos albus se ha mostrado muy eficaz en casos de dermatitis seborreica y dermatitis herpetiforme. Aunque se usen las vacunas, debe insistirse en el tratamiento local.

Al lado de las vacunas debe hablarse de los sueros. Linder usa el suero de sangre humana en casos rebeldes de urticaria, prurigo y eczema. Se dan 10 á 20 c. c. por vía intravenosa. En un caso de herpes del embarazo, el suero de una mujer no embarazada no produjo efecto y lo produjo el de otra embarazada.

La sangría é inyección de suero ó de sangre al mismo enfermo á quien se saca la sangre, produce menos irritabilidad en su piel de modo que pueden luego soportar tratamientos locales que antes no podían resistir.

Organoterapia: se ha empleado el tiroides en casos de psoriasis, urticaria y eczema crónico seco, y extracto de ovario en dermatosis escamosas. La glándula pituitaria se ha usado en algunas ictiosis é hipertrichosis, y la glándula suprarrenal se emplea para tratar el vitiligo. Con lo dicho se ha agotado el tratamiento constitucional de las dermatosis.

El tratamiento local se divide en: Tratamiento por aplicaciones medicamentosas y por agentes fisioterapéuticos.

Los medicamentos pueden ser clasificados en: 1, detergentes ó que limpian; 2, protectores ó que recubren; 3, antipruriginosos; 4, antiparasitarios; 5, absorbentes ó alterantes; 6, keratoplásticos y keratolíticos; 7, cáusticos.

1. La limpieza es requisito previo para todo tratamiento dermatológico. El agua se limita según la agudeza é intensidad de la reacción inflamatoria. El eczema es la lesión de la piel que peor la soporta, sobre todo en los estadios agudo y subagudo, y como el eczema constituye el 20 por 100 de todas las dermatosis, en el 80 por 100 restantes no sólo está permitida, sino indicada, es indispensable. Los lavados y baños frecuentes son de gran valor en las afecciones crónicas secas y escamosas, como el psoriasis, la seborrea, la ictiosis. Cuando está contraindicada el agua se usan los aceites blandos y las grasas, como el aceite de olivas, ó de almendras, ó la vaselina. Acaso es mejor la vaselina líquida. En ocasiones se permite el agua agregando sustancias que le hacen menos irritante, como el almidón, el bicarbonato, el bórax, media onza por 4 litros.

Los jabones aumentan la irritación del agua; los más suaves son los de sosa, cuyo representante es el de Castilla;

los de potasa, cuyo tipo es el verde, son mucho más fuertes y sólo se usan para disolver grasas, detritus epiteliales y como estimulantes en pieles firjas que acumulan secreciones, como el acné, la seborrea, psoriasis.

2. Emolientes y protectores: se usan en polvos, lociones y pomadas; entre los polvos se usan el óxido de zinc, el almidón, el licopodio, el arroz, el talco, el carbonato de magnesia, etc., las lociones son útiles en casos húmedos, así como los anteriores lo son en los secos, su ingrediente activo suele ser un astringente como en la loción zinc calamina, loción negra, solución de Burrow. La solución de zinc-calamina consta de zinc y calamina, de cada cosa 4 á 8 gramos en 120 de agua. Loción negra es agua y agua de cal, de cada cosa partes iguales con 2 á 4 por 100 de calomelanos. La solución Burrow (Farmacopea alemana): acetato de plomo, 105; sulfato sódico, 40; sulfato aluminico-potásico, 372; agua destilada cantidad suficiente para completar 2.000; une la acción emoliente á la astringente y á la ligeramente antiséptica y puede usarse en casi todos los estados agudos, diluyendo una cucharada en un vaso de agua. En los eczemas vesiculares y húmedos es extraordinariamente útil. Pomadas: usadas como protectoras y emolientes de bases blandas y astringentes, su acción es más intensa que las lociones y polvos; su inconveniente es menor limpieza; las más usadas son la de óxido de zinc, la de Wilson, la de diaquilón, la de agua de rosas, ó coldcream y la de Lassar. Esta debe ser familiar á todo médico, porque es la más útil; consiste en óxido de zinc y almidón, partes iguales, 15 de cada, y lanolina y vaselina, de cada cosa el doble de la cantidad de los ingredientes previamente dichos; hay que pedir todos los ingredientes y no pasta de Lassar, porque entonces los farmacéuticos despachan la modificada, que contiene ácido salicílico y azufre y es irritante.

3. Antipruriginosos: todos son irritantes, no deben usarse en los estados agudos, en los que precisan las aplicaciones protectoras y emolientes. El mejor antipruriginoso es el fenol, que anestesia las terminaciones nerviosas en la piel, se usa en lociones ó pomadas al 1 ó 2 por 100. Su derivado liquor carbonis detergens. La solución de alquitran de hulla en extracto alcohólico de palo de jabón usado en dosis de 1 á 5 por 100. Después el timol y el mentol que sustituyen el picor por sensación de frío al 1 á 3 por 100 y mejor el ácido cianhídrico al 1 ó 2 por 100. En los casos graves hay que acudir á remedios fisioterápicos.

4. Antiparasitarios: el azufre en loción ó pomada, la mejor la de Wilkinson, que combina el azufre, el alquitran y el jabón verde. También es eficaz el betanaftol de 4 al 8 por 100; el bálsamo del Perú y el styrax son más suaves y preferibles en los niños. En las dermatosis por parásitos vegetales como el favus, tiña tricoficia, estafilococos, actinomicosis, blastomicosis, la acción es específica; sólo en las formas superficiales pueden usarse en pomada los dichos y los antisépticos quirúrgicos, iodo, sublimado, mercurial, ácido salicílico, permanganato potásico, guayacol, en loción ó en unturas, pero en los casos en que penetran los gérmenes en la profundidad, ó en los folículos pilosos, ninguna de las sustancias dichas, cualquiera que sea su concentración, penetra bastante y la cura radical sólo se obtiene con los rayos X ó con las vacunas.

5. El grupo de los estimulantes y alterantes se usa en las dermatosis crónicas secas para favorecer la absorción de los exudados y secreciones; tal vez las medicinas sólo provocan hiperemia y mejoran la circulación; el alquitran, el azufre, betanaftol, resorcina, ácido salicílico, crisarrobina, ictiol, todas son frecuentemente irritantes y deben emplearse en do-

sis crecientes con observación de la tolerancia de la piel. La hulla se usa como aceite de Cade en pomadas como añadido a la pasta de Lassar, de 2 á 10 por 100 en eczemas crónicos, psoriasis, liquen plano; si no se soporta se ensaya el betanftol en las mismas dosis. El azufre es poderoso estimulante, sobre todo para las glándulas sebáceas y es uno de los mejores remedios de las dermatosis crónicas de carácter folicular como el acné y la seborrea, en pomadas de 1 á 15 por 100, todavía mejor en loción alba, una combinación de 4 por 100 de sulfato de zinc y sulfuro potásico; en la solución de Vlemink, que representa 8 por 100 de azufre precipitado en agua de cal, una cucharada en un vaso de agua.

6. La resorcina y el ácido salicílico son estimulantes más suaves y poseen acción keratolítica en fuerte concentración del 5 al 15, mientras en concentración débil de 1 á 3 por 100 favorecen la formación del epitelio córneo. Se une el ácido salicílico al jabón verde. La resorcina es útil en la seborrea, pero debe recordarse que tinte en verde el cabello rubio.

La crisarobina es estimulante y eficaz en la psoriasis. Se usa del 6 al 12 por 100. Sus inconvenientes es que tinte todo y que produce conjuntivitis graves, por eso se sustituye para la cara y la cabeza por el ácido salicílico, la resorcina ó el mercurio amoniacal (precipitado blanco).

El ácido pirogálico también estimulante, se usa en dermatosis crónicas en gran concentración (15 á 25 por 100) por su acción destructiva y es el paso para el siguiente grupo de:

7. Cáusticos: Para cauterizaciones superficiales como en seborreas, verrugas juveniles, nevus pigmentados ó vasculares, nada es mejor que el ácido tricloroacético concentrado, no penetra profundamente ni deja cicatrices ni aun en las pieles más finas, pero por repetidas aplicaciones se puede lograr la profundidad deseada. El ácido pirogálico ocupa un grado medio entre los cáusticos superficiales y los profundos, tiene la ventaja de su acción electiva sobre el tejido patológico, se usa al 25 por 25 100 en el lupus. El ácido láctico concentrado ejerce análoga acción y también se usa en el lupus.

La cauterización profunda (tumores malignos y lupus) se hace por el cloruro de zinc y la potasa cáustica, ambos destructivos, irritantes y dolorosos; su acción es ilimitada y no es electiva. El arsénico es el mejor cáustico local, combinando la suficiente penetración con una acción selectiva que ahorra los tejidos sanos; se usa en pasta con goma de acacia al 50 por 100, más cocaína para ahorrar el dolor. En algunos epitelomas en que la operación ni los rayos X están indicados, debe emplearse.

De los medios fisioterápicos, la electricidad no ha sido muy aplicada á la dermatología, la corriente farádica no ha entrado en la clínica, á pesar de su acción nutritiva y estimulante de la piel. La galvánica es de uso limitado en la electrolisis, cauterización de pigmentos superficiales, nevi vasculares, verrugas y, sobre todo, del vello, en cuya utilización es superior á todos los otros métodos. La cataforesis ó introducción de medicamentos por la electricidad no ha dado resultados prácticos. La alta frecuencia no es muy conocida, pero tiene una indicación de extraordinaria eficacia, la curación del picor; como antiprurítico ha mejorado el síntoma, invariablemente, en numerosos casos de eczema crónico, liquen, urticaria, prurito senil y nervioso. Se pasa un electrodo de alta frecuencia sobre el área del picor, dejándolo en ocasiones en contacto de la piel diez ó quince minutos, una ó dos veces por semana. Hay dos clases de electrodos de alta frecuencia, uno de un brillo rosa, y el otro azul blanquecino, aquél produce un grado inferior de vacío y en éste el vacío es mayor y es más estimulante. El único rival

de la corriente de alta frecuencia como antiprurítico son los rayos X. De la comparación entre los dos se deduce que es más sencilla, de mayor seguridad, de efecto más rápido, la alta frecuencia que no cura la enfermedad sino en casos determinados, pero disminuye el síntoma picor y permite tratar la enfermedad con mayor tranquilidad.

Entre los agentes físicos figuran el frío y el calor, el frío como cauterio con el aire líquido, y luego la nieve de bióxido de carbono de Puseg, de Chicago, que produce necrosis coagulante con fibrosis subsiguiente. Es muy útil en casos de angiomas superficiales, nevis y lupus eritematosos. Debe usarse con precaución por las violentas reacciones que determina; es preferible usar primero el ácido tricloroacético.

El calor, aire sobrecalentado á 140° (F.), usado como ducha prolongada, tiene un efecto antipruriginoso. De 140° á 180° (F.) se ha visto hiperemia con estímulo de estados crónicos, y á la increíble temperatura de 1200° á 1600° (F.), bajo anestesia local, es un cáustico excelente para varios epitelomas y lupus. Desgraciadamente, las dificultades técnicas de aplicación tienen este método limitado á la fase de experimentación. Actinoterapia (acción química de los rayos ultravioleta) tiene éxito en el lupus; en vez de la lámpara de Finsen se usa la de Kromayer de cuarzo y vapores de mercurio.

Los rayos X son el agente terapéutico más importante de la moderna dermatología, á la cual han revolucionado. Muchas enfermedades consideradas incurables obedecen á este tratamiento; así, casos de eczemas, psicosis, micosis fungoides, lupus, epitelomas, que curan en pocas sesiones después de años de padecimiento.

El radio es el competidor de los rayos X. Si en neoplasmas malignos el radio es preferible, la mayoría de la obra dermatológica se hará con los rayos X.

EN LENGUA ESPAÑOLA

2. **Sifiloma del píloro y diabetes sifilítica, curados con el tratamiento específico.** — El Dr. Salustiano Martínez detalla la historia clínica de una señora que padecía estas dos afecciones, refiere las dudas que le asaltaron hasta poder afirmar el diagnóstico, expone el tratamiento seguido y termina con las siguientes conclusiones:

1.^a La observación, brevemente historiadora, refiérese á una enferma con tumor pilórico muy movable, indoloro y con estado general muy depauperado, pero no caquético.

2.^a Esta tumoración, que determinaba fenómenos de estrechez, nos hizo pensar en el carcinoma, sifiloma y tuberculoma.

3.^a Los caracteres clínicos de la neoformación, el aspecto no caquético, los antecedentes y el resultado de la reacción Wassermann, nos inclinaban hacia un proceso esclerogomoso del píloro.

4.^a La glucosuria, la diabetes y los caracteres de las materias fecales son sospechosos de pancreatitis crónica interaccinosa que precedió á la lesión del píloro.

5.^a El tratamiento mercurial y iodurado, muy bien tolerado por la enferma, ha curado clínicamente la lesión gastropancreática.

6.^a Estas dos lesiones no eran directamente dependientes una de la otra, si bien dependían de la misma causa: la sífilis. En cambio, es muy posible que existiese directa relación entre la lesión pancreática y el ligero estado atrofico del hígado.

7.^a El tejido de esclerosis, tejido sobre el que no tiene acción el tratamiento específico, no era el que impedía la permeabilidad del píloro. La acción eficaz del mercurio y del ioduro sobre los elementos embrionarios que dificulta-

ban la comunicación gastro-duodenal, hizo innecesaria la gastroenterostomía.

8.^a La verdadera piedra de toque de la sífilis gástrica, localización más frecuente de lo que se supone, es la prueba, terapéutica.

9.^a En contra de lo que hemos visto referido alguna vez creemos que con los rayos X no es posible afirmar la naturaleza sífilítica de una lesión del estómago; cuando más, podrá corroborarse su favorable regresión bajo la influencia del tratamiento específico.

10. La enferma, curándose a la vez y por el mismo medio de una lesión del estómago y de otra del páncreas, ha dado confirmación brillante al aforismo que dice: *natura morborum, curationes ostendunt*, probando que padecía *sífiloma del píloro y diabetes pancreática sífilítica*. (*Archivos Españoles de enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición*. Enero de 1920.)

PARASITOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Nueva especie de «Necator» descubierta en la Argentina.—El Dr. Silvio E. Parodi da cuenta de una nueva especie de *Necator* que él ha podido observar; las lesiones por él producidas son idénticas a las del *americanus*; estudia su morfología y deduce lo siguiente:

1.º Que estamos en presencia de una nueva especie de *Necator*, cuyos caracteres diferenciales con la especie *Necator americanus* son suficientes para especificarla.

2.º Que estos caracteres diferenciales radican en la disposición general del cuerpo, en la formación y estructura de la cápsula bucal y de la ampolla caudal del macho, en la presencia de las dos grandes papilas laterales ubicadas en la cutícula a poca distancia de la extremidad cefálica en ejemplares de los dos sexos.

3.º Que esta nueva especie ofrece un ciclo evolutivo idéntico al del *Ankylostoma* y *Necator americanus*, con los que vive frecuentemente asociado, y que su acción patógena debe ser idéntica, desde que provoca las mismas lesiones y los mismos efectos.

4.º Que esta nueva especie existe en el Chaco argentino (Formosa, de donde procedían dos de los casos observados), y en el Sur del Brasil (Santi-Spíritu, de donde procedían los otros dos casos).

5.º Que es digno de tenerse en cuenta que los dos casos venientes de Formosa pertenecían a una familia que tenía 13 hijos, de los cuales 11 murieron de anemia perniciosa debida a estos parásitos, y que menciona este hecho importante para hacer valer la acción intensa desplegada por la asociación parasitaria en la que estaba representada la nueva especie.

6.º Que propongo para la nueva especie la denominación de *Necator argentinus*, dada la triste circunstancia de que existe en el Norte de nuestro país, y cuya área de distribución sería importante conocer. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 5-2-920.)

NEUROLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Nota previa acerca del estudio funcional de los lóbulos frontales.—El Dr. Adolfo M. Sierra, después de un examen del estado en que se encuentra el estudio de las localizaciones psico-sensoriales, refiere la siguiente interesante nota clínica:

N. N., de treinta y ocho años, médico, domiciliado en una provincia del interior (Mendoza).

Antecedentes anamnésticos.—Sin importancia.

Buen estado general.

Años atrás le fué diagnosticado un mucocelo de los senos frontales, que después de ligeros dolores pasó, como es corriente, al estado crónico.

Así las cosas, adquiere el Dr. N. N. un proceso agudo de origen «gripal», particularmente intenso del lado de la antigua sinusitis, pero que un tratamiento sintomático yugula los fenómenos inflamatorios, y el enfermo se da por curado.

Sin embargo, no era así; pues que a partir de esa fecha, insinuase en él una serie de trastornos psíquicos, vinculados con la conducta del enfermo, que llaman la atención de quienes le rodean, acabando por preocupar al propio enfermo. Tratábase de fenómenos psíquicos relacionados con las funciones prácticas, esto es, con la memoria de las coordinaciones fisiológicas de los movimientos adquiridos.

Así, por ejemplo, había perdido la aptitud para servirse adecuadamente de la cuchara, la servilleta, el tenedor ó el cuchillo. Es más; no teniendo a la vista tales enseres, resultábale imposible solicitarlos. No los recordaba, ó al menos, no podía evocarlos. Por contraste, el reconocimiento estaba intacto; en presencia de un vaso, de un pocillo, de una botella, etc., nombrábalos sin titubear. Mas el trastorno aparecía, como venimos diciendo, al pretender servirse de ellos. Su propensión espontánea era comer con la mano, ó beber en el balde.

Ni más ni menos que un chicuelo ó un salvaje que sólo hubieran aprendido el nombre de los objetos, sin percartarse de su manejo.

Por lo demás, salvo un extenso edema de los senos frontales, ningún otro síntoma somático ni psíquico echábase de ver. Sobre todo la reflectividad, la marcha y la estática eran normales (1).

Y bien, es en estas condiciones que el Dr. Lavera, a la sazón jefe de Clínica del profesor Ovejero—encontrábase de paso por Mendoza—tiene la oportunidad de examinar dicho enfermo, aconsejándole una inmediata intervención quirúrgica.

Días más tarde, tengo ocasión de observar en el servicio del profesor nombrado (Hospital Nacional de Clínicas) al Dr. N. N., quien presenta los síntomas ya mencionados.

Formulado el diagnóstico de *empiema de los senos frontales* se procede a la operación, cuyo acto es llevado a cabo por el profesor Basavilbaso. Abierta la brecha ósea, véase la cavidad sinusal totalmente inundada por un pus cremoso, fétido y de color verdáceo. Al agotársela deja ver allá en su fondo las envolturas meníngeas como espesadas por una capa fungosa de aspecto gris sucio.

Era, pues, un absceso que por su situación topográfica hallábase comprimiendo los polos de entrambos lóbulos frontales, esto es, las extremidades anteriores de la F. 1, F. 2 y un pequeña parte de la F. 3. En una palabra, comprimía la parte de las circunvoluciones frontales que los antiguos fisiólogos designaban con el nombre de zonas latentes ó silenciosas (Goltz, Brown-Séquard, Münck), debido a su falta de reacciones motrices ante los estímulos provocados, pero que

(1) Como contraste a este nuestro caso de apraxia de los miembros superiores, opondremos uno congénere del profesor Jakob, recordado por este maestro en su «Curso de Neuropatología», del año próximo pasado y cuyas preparaciones histológicas he tenido ocasión de ver. En efecto, tratábase de una mujer portadora de un tumor de la región prefrontal, que presentaba síntomas apráxicos del lado de la estática y la marcha (astasia-abasia), esto es, del lado de los miembros inferiores, localización diametralmente opuesta, como se ve, a nuestro caso de referencia.



modernísimas investigaciones propenden á conferirles la dignidad de centros asociativos, que elaboran y regulan los movimientos coordinados en la marcha, la estática, el lenguaje mímico y pantomímico, y el ejercicio de las manos.

En suma, y sea de ello lo que fuere, es lo cierto que veinte días después del acto quirúrgico, se hallaba nuestro paciente en franca convalecencia y con sus signos de apraxia totalmente desaparecidos. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 43 920.)

ELECTROLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Los diferentes estados variables de la corriente en la narcosis eléctrica.** — El Dr. Virgilio Tedeschi hace un estudio detallado de las distintas corrientes empleadas para producir la narcosis eléctrica; estudia, analiza y compara la corriente de Leduc, que fué quien descubrió el fenómeno con las diferentes observaciones y experimentos por él practicados, y de ello deduce las siguientes conclusiones:

Como es evidente, por los resultados de las experiencias efectuadas, una sucesión rítmica cualquiera de estados variables de la corriente es capaz de provocar una pérdida de la motricidad voluntaria, falta de reacciones á los estímulos ordinariamente dolorosos, desaparición del tono muscular y de los reflejos en algunos casos.

La llamada corriente de Leduc no tiene, por consiguiente, ninguna propiedad característica; no constituye, en el sentido de los efectos fisiológicos, una nueva forma de corriente como ha sido supuesto.

A la denominación de narcosis eléctrica, debería sustituirse la más genérica de coma eléctrico, habiendo en realidad poca analogía entre los efectos de la corriente rítmica y las narcosis tóxicas, si se considera el cuadro general del fenómeno.

El coma eléctrico, aun obrando en las mejores condiciones experimentales, presenta siempre un aspecto irregular, con síntomas variables; la dosis manuable, si podemos usar este lenguaje, estableciendo una comparación con los anestésicos, es siempre muy pequeña, con tendencia á ser nula, lo que depende de una acción casi igualmente intensa sobre los centros corticales y bulbares. No hay, por consiguiente ninguna posibilidad de sustituir la acción de la corriente á la de los anestésicos en la técnica quirúrgica. (*La Prensa Médica Argentina*, 29-2-920.)

BIOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Mecanismo de la absorción peritoneal de partículas sólidas.** — El Dr. José Dutrey después de repetidos estudios en conejos y cobayas, valiéndose de la tinta china, con objeto de demostrar la absorción de partículas sólidas por el peritoneo, habiendo empleado diferentes dosis, llega á establecer las siguientes conclusiones:

1.^a Para terminar, diremos que el sistema linfático y algunos órganos que tienen estrecha relación con él (epiplón y diafragma) son los encargados de absorber y guardar en depósito (durante un tiempo por lo menos) las partículas sólidas inyectadas en el peritoneo.

2.^a El sistema sanguíneo no parece desempeñar ningún papel en dicha absorción, pues jamás se halla en sus vasos, ni partículas de tinta china, ni elementos cargados de ellas.

3.^a El estudio de varios órganos, como bazo, hígado y riñón, donde se hallan muy escasos leucocitos cargados de esta substancia, nos prueba que no hay vías directas de absorción que vayan de la cavidad peritoneal hacia ellos.

4.^a Es lógico, pues, admitir que los elementos cargados

de tinta china son retenidos en el sistema linfático, y los pocos que alcanzan á salvar esta valla, llegan por el conducto torácico ó la gran vena linfática (eligiendo preferentemente la vía mediastínica anterior), á desembocar en el sistema circulatorio, y por intermedio de éste á los diversos órganos del cuerpo. (*Semana Médica*, Buenos Aires 19-2-920.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Poder patógeno y virulencia de los diversos estreptococos, por Krongold Vinaver.** — Fueron estudiados por el autor un estreptococo aislado de una pleuresía gripal y virulento á los catorce días para los ratones, y otros doce estreptococos de origen humano. No existe paralelismo entre la virulencia y la acción hemolítica ni entre la virulencia para los animales de laboratorio y el poder patógeno para el hombre. Solamente un estreptococo muy virulento para los ratones permite preparar estreptococos de acción curativa extensa. — (*La Presse Medicale*, 25 de Febrero de 1920.) — L. P.

TERAPEUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Inyecciones intravenosas de urotropina en el tratamiento de la espiroquetosis hepato-renal.** — El doctor Alfredo Augusto da Mata, después de exponer los resultados obtenidos por las inyecciones intravenosas de urotropina en la espiroquetosis y otras enfermedades infecciosas, dice:

En todas mis observaciones las inyecciones intravenosas de urotropina aumentaron siempre la diuresis; facilitaron la eliminación de la bilis; actuaron como desinfectante general del aparato gastro-intestinal, del hígado, de los riñones, de sus anexos, destruyendo y eliminando los microorganismos. De esos resultados proviene la sedación general de todos los síntomas, sedación que los enfermos deben experimentar con este tratamiento. Por tales ventajas y ya con cierta práctica de este tratamiento, puedo establecer las siguientes conclusiones:

1.^a La urotropina para el uso intravenoso debe ser disuelta en frío en agua destilada y recién esterilizada.

2.^a Las soluciones deben ser preparadas para cada caso, en la proporción de 2 gramos para 15 á 30 c. c. de agua, dosis usual de cada inyección diaria.

3.^a En esta relación posee la urotropina importantes propiedades fisio y quimio-terapéuticas:

a) Esteriliza la bilis y facilita su eliminación.

b) Desinfecta el tubo gastro-intestinal, el hígado, los riñones y sus anexos.

c) Aumenta la orina en volumen y cantidad de las substancias eliminadas.

d) Antiséptico y bactericida, destruye los agentes patógenos del organismo (en la dosis diaria de dos gramos).

4.^a Cuanto á los coeficientes urológicos, la urotropina aumenta la relación de las substancias excretadas, sean cloruradas, azóticas ó ureicas, éstas por la formación de la quinotropina.

5.^a De fácil preparación y empleo, la aplicación intravenosa de la urotropina no tiene contraindicaciones, no importa que la orina sea ácida ó que el enfermo sea portador de afecciones hepáticas, renales, cardíacas ó de los sistemas circulatorio y nervioso.

6.^a Todas las propiedades fisio y quimioterapéuticas citadas, se consiguen con el empleo diario de la urotropina en las citadas dosis, como mínimas, volviéndose indispensable no suspender su empleo al principio de la cura, y aún *per os*, continuar su aplicación. (*Semana Médica* de Buenos Aires, 26-2-920.)

MEDICINA LEGAL EN LENGUA EXTRANJERA

1. Investigaciones toxicológicas sobre el alcoholismo agudo en el hombre; dosificación del alcohol en los humores y en las visceras de individuos muertos en estado de embriaguez, por Balthazard y Lambert.—Han empleado los autores el método de Nicloux, que ya sirvió á Carrara para dosificar el alcohol en el líquido cefalorraquídeo. Aun cuando se practique la autopsia varios días después de la muerte, es posible hallar cantidades considerables de alcohol, en porcentaje sensiblemente igual en todos los humores, que puede llegar á ser hasta de 5 ó 6 por 1.000; el alcohol se difunde por todo el organismo, sin localizarse.

Merced á estas dosificaciones es posible obtener una indicación sobre la cantidad de alcohol ingerido en las horas que precedieron á la muerte: como minimum, esta cantidad es igual por kilogramo del peso del cuerpo al tanto por mil de la sangre en alcohol. Si en un individuo que pesa 51 kilogramos, contiene la sangre 5,50 c. c. por 1.000 de alcohol, habrá ingerido 280 c. c. de alcohol absoluto, que corresponden á unos tres litros de vino ó á medio litro de aguardiente.

No se hallan vestigios de alcohol en los abstinentes ni en los individuos que han sucumbido veinticuatro horas después de la última absorción de alcohol. Existe en cantidades de 0,2 á 0,5 por 1.000 en sujetos que han ingerido menos de medio litro de vino dos ó tres horas antes de la muerte. Las cantidades superiores á 1,5 por 1.000 indican la ingestión rápida de alcohol, que, aun sin producir la embriaguez completa, lo mismo en un alcohólico inveterado, pueden explicar las perturbaciones funcionales que han originado una muerte súbita.

Para depurar la responsabilidad criminal ó civil y para aclarar extremos relacionados con los accidentes del trabajo, la dosificación del alcohol es de importancia. (*Presse Médicale*, 25 de Febrero 1920).—L. P.

OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Las operaciones nasales en las neuritis retrobulbares, por L. Réthi.—Tema de actualidad entre oftalmólogos y rinólogos, trata el autor de esclarecerle aportando observaciones personales.

Puede ocurrir que haya colección purulenta en los senos ó que no la haya.

En el primer caso, que es el más frecuente, son indiscutibles los buenos resultados de la intervención, lográndose por lo general el restablecimiento de la visión; la mejoría es duradera.

En una anciana, en la que se abrieron el seno esfenoidal y las células etmoidales para combatir un antiguo empiema de los senos, que se acompañaba de cefalalgia intensa y fetidez nasal, se restableció la visión que se hallaba muy disminuída, y persistió la mejoría hasta diez y seis años después, fecha en que murió la enferma.

Otro enfermo, diagnosticado por E. Fuchs, de neuritis óptica bilateral, casi ciego ya, pues á medio metro difícilmente contaba los dedos de la mano, se mejoró de tal modo tras la intervención en ambas fosas nasales, que el campo visual era casi normal á las cuatro semanas; actualmente ejerce el cargo de ingeniero.

También en los casos en que no hay supuración en los senos se produce con mucha frecuencia la mejoría de la neuritis. La intervención en estos casos se reduce á la abertu-

ra de los senos posteriores, sin necesidad de raspado, ó á la extirpación del cornete medio hipertrofiado ó de la parte anterior del mismo. En varios de estos casos la agudeza visual se ha restablecido una ó dos horas después de la intervención.

La explicación de por qué ocurre esto no es clara; la conexión de la influencia de las operaciones endonasaes sobre la neuritis óptica es realmente un hecho empírico, pero no por esto menos cierto: la destrucción de toxinas por ventilación de los senos y la descongestión es muy probable que influyan.

Se citan casos en los que ha mejorado la visión tras la simple escarificación sobre el cornete medio ó tras la extirpación de papilomas que tenían su asiento sobre el cornete inferior.

En muchos casos el diferir la intervención constituye un peligro para el ojo. Muchas alteraciones permanentes de la visión podrían haber sido evitadas por la intervención endonasal, practicada á su debido tiempo. (*Wiener Medizinische Woch.*, 20 de Marzo de 1920).—L. P.

2. Paquidermia laríngea, por L. Stein.—Macrocópicamente, la paquidermia de la laringe se manifiesta por una tumefacción generalizada y plana (paquidermia difusa) ó circunscrita (paquidermia verrugosa) de la mucosa interaritenoides; á los rodets ó prominencias que suelen constituirse corresponden depresiones en la parte opuesta.

Al microscopio se comprueba una proliferación del epitelio pavimentoso; cuanto de más tiempo data la afección mayor carácter epidermoidal adquiere el epitelio.

Refiere el autor este caso:

Un hombre de cuarenta y dos años, de aspecto vigoroso—conductor del tren, se le presentó quejándose de intensa ronquera. La voz es bronca. No se aprecian los estertores especiales que frecuentemente acompañan á las parias del oblicuo ó del transversal en las laringitis agudas ó crónicas. El examen laringoscópico permite apreciar la existencia de una paquidermia difusa de la laringe. En las cuerdas bucales se perciben rodets escalonados, que al ocluirse la glotis encajan en excavaciones opuestas; la laringe se entreabre muy poco. Hay laringitis catarral crónica difusa. El paciente es hijo de otro enfermo diagnosticado de paquidermia laríngea por Réthi, que publicó su historia clínica. He aquí algunos de los datos consignados en ésta:

Hombre de cuarenta y tres años, maquinista, que no había padecido más enfermedad que una blenorragia. En Mayo de 1888 se constipó y se quedó casi afónico. Pasó el tiempo sin que la afonía desapareciera, y al ser reconocido en Julio, se apreció tumefacción y enrojecimiento de la mucosa laríngea y traqueal, especialmente sobre las cuerdas bucales, que aparecían gruesas y con excoriaciones epiteliales. Laringitis catarral intensa.

Mejóro ésta al cabo de algunos meses y la voz se hizo más clara; pero sobre las cuerdas bucales quedó una prominencia en forma de rodete, de espesor desigual, que impedía la yuxtaposición de las cuerdas en el acto de la fonación.

En el transcurso del tiempo—el enfermo estuvo en observación un año—se vió que el rodete epitelial, sin desaparecer, se prestaba á la adaptación, quedando la laringe asimétrica, encajándose la prominencia de la cuerda derecha debajo de la izquierda, y llegando la voz á ser bastante clara.

Está indicada la extirpación del rodete epitelial por la galvanocautia.

Parece que la herencia influye en la génesis de la enfermedad. (*Wiener Medizinische Woch.*, 16 de Marzo de 1920).—L. P.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Academias.—Continúa en pie el problema.

Sigue el movimiento de actividad que viene advirtiéndose en nuestras sociedades científicas. La Real Academia de Medicina da excepcionales muestras de actividad imprimiendo á sus conferencias un interés de actualidad y de fondo que desde luego se advierte en el numeroso concurso que acude á sus sesiones de los miércoles y de los sábados. La simpática Academia Médico Quirúrgica hace olvidar lo viejo de su origen por lo renovado de sus trabajos, y en las tardes de los lunes desenvuelve órdenes del día en las que dan muestras de su actividad y de su amor al trabajo los ya reputados, aunque todavía jóvenes socios que la constituyen. La Sociedad Oftalmológica, la de Higiene, la Ginecológica y muchas otras no se quedan á la zaga. El espectáculo es plausible y consolador, sobre todo por lo que significa de desinterés y de entusiasmo en nuestra clase, para la que no son argumento ni pretexto de desfallecimiento los desdenes que á diario recibe de los Gobiernos y, lo que es peor, de la sociedad en general, pues si ésta la estimara como debe, no habría Gobiernos ni Parlamentos que no la atenderan.

En la última sesión literaria de la Real Academia de Medicina dió una conferencia el profesor Rodríguez Fornos, de Valencia, intercalándola en el debate que viene sosteniéndose acerca de la *Encefalitis letárgica*. Las excepcionales condiciones oratorias del Sr. Rodríguez Fornos, su copiosa erudición y su cultura se mostraron en esta ocasión, como en tantas otras, sosteniendo la atención de numeroso público que premió su trabajo con unánimes y calurosos aplausos.

El miércoles, en conferencia especial, disertó el joven, y ya renombrado especialista, Dr. González del Campo acerca de las *relaciones de identidad entre la hiperclorhidria y la úlcera péptica*, obteniendo también un verdadero homenaje de aplauso á su labor de observador y hombre culto, y de investigador original. Repetimos lo que antes decíamos: todo esto nos enorgullece y nos consuela.

Continúa en pie el pleito de los presupuestos, dado que una de las Cámaras todavía no ha emitido su opinión sobre los que más directamente nos

interesa, como á médicos, como á españoles y como amantes de la general cultura: es decir, sobre los de Gobernación é Instrucción Pública. Malos vientos corren; pues si la Comisión de presupuestos del Congreso tajó y rajó en lo que á Sanidad se refería, parece que la del Senado se llega á toda rectificación sobre este punto, y taja y raja á Instrucción pública con la misma saña de sus colegas del Congreso.

Continuamos reservándonos para cuando el pleito esté definitivamente fallado; pero ha de sernos permitida una observación de detalle que nos interesa hacer. Un colega profesional muy discreto y travieso, al hacerse cargo de lo dicho por *Decio Carlán*, en uno de los anteriores números, cuando adelantaba la noticia de que por el Gobierno se llevaba una fórmula decorosa, aunque á su juicio insuficiente, para garantizar el pago de los titulares, dice, encarándose con nuestro director el Dr. Cortezo, que aquello era una ilusión y un romanticismo, hija del carácter optimista de dicho señor.

Para nadie es un secreto la íntima relación que existe entre *Decio Carlán* y el Dr. Cortezo; pues bien: éste afirma hoy, como el personaje del drama romántico: «que lo que *Decio* escribió, sostenido está por él».

No pudimos decir entonces lo que hoy podemos decir, y que el colega, si para ello tiene medios, puede confirmar; esto es, que por el Ministro de Hacienda se incluyó de Real orden en el articulado de los Presupuestos la fórmula que *El Siglo Médico* anunció. Si ella no aparece incorporada al presupuesto aprobado por el Congreso y que ha pasado á la Alta Cámara, la responsabilidad o la gloria corresponde á los señores de la Comisión de Presupuestos, quienes la desecharon dando una muestra más de la inquina y el desdén que hacía los médicos tienen. Vivos están el Sr. Bugallal y los individuos de la referida Comisión, y á ellos puede preguntar el suspicaz colega farmacéutico si es verdad o no lo que nuestro periódico dijo en la ocasión que lo dijo.

Al propio tiempo todos podemos formar idea de lo que esperar se puede de ciertos políticos que se las dan de cultos y avanzados, para el día en que, por desgracia de la Patria, pudieran tener una actuación en el Gobierno.

DECIO CARLAN

UNA LIGA ESPAÑOLA DE MEDICINA SOCIAL

Platonismo y acción.

Todos estamos conformes en que España es, entre los países civilizados, el que más necesitado anda de una enérgica acción médico social.

Con relativa profusión, sobre todo en estos últimos dos años, aparecen artículos, folletos, libros, conferencias, en las que se pinta de modo impresionante el cuadro tenebroso de nuestro atraso sanitario, con su mortalidad aterradora; las matanzas de niños por incultura de las madres, nuestra juventud enclenque, sin ideales, sin nobles aspiraciones, inútil para el servicio de las armas y consumida por la tuberculosis; la extensión creciente de las plagas venéreas, llevadas con criminal indiferencia a la función augusta del matrimonio, envenenando las mismas fuentes de la vida; las infecciones endémicas, desterradas de todos los países cultos; la hosquedad de nuestros campos y poblados por el abandono, la suciedad y la miseria; el alcoholismo, el hambre, la incultura, el egoísmo, la degeneración física, la incapacidad espiritual de una raza en otros tiempos admirable por su potencia y vigor. Triste cuadro, que visto por ojos menos habituados que los nuestros al trágico dolor de semejante vivir, bastaría para levantar un formidable clamor en la opinión pública que obligara a los encargados de ello, Gobiernos y médicos, a una santa cruzada por la salud.

Y, sin embargo, ni la opinión pública reacciona, ni los Gobiernos se preocupan, ni nuestros médicos sociólogos, que los tenemos y algunos muy bien orientados a la moderna, han pasado todavía del período platónico. La mayoría de ellos se contentan con dirigir tiernas endechas a la Luna, que es la Sanidad social. Los más audaces siguen el acreditado sistema de abrir las ostras por persuasión. Y aquí las ostras son nuestros políticos, otra plaga social no incluida en el párrafo anterior.

Quien se figure que en España la política puede moverse por impulsos ideales orientados al bien común, demuestra poseer una candidez y una inocencia no ya paradisiacas, sino propia de los habitantes del limbo. Hay otros países donde los políticos serios saben colocarse a la cabeza de los movimientos sociales para dirigirlos, encauzarlos y obtener de ellos el máximo de aprovechamiento colectivo. Pero entre nosotros lo más que puede esperarse de los políticos es que se dejen arrastrar, si no es que forman el cuadro para oponer una barrera infranqueable a todo intento de progreso, y cuando se colocan a la cabeza ¡hay que echarse a temblar!

En España la Medicina social será un mito mientras no se constituya un poderoso organismo de acción sanitaria que imponga a los Poderes públicos el cumplimiento de su primordial deber de velar por la salud, y eduque a la masa serial hasta despertar en ella el sentimiento de este fundamental derecho.

Un organismo de esta naturaleza, difundido por toda la nación y constituido por elementos procedentes de todas las fuerzas sociales, sin distinción de ideas, de

partidos, de profesiones ni de clases, puesto que el ideal de la salud, pública y privada, es común a todos, y actuando incesantemente y con perfecta solidaridad en la prensa, en el Parlamento, en toda clase de centros y sociedades, en la plaza pública y en la esfera privada, es el único modo de convertir en realidades tangibles lo que ahora son solo ilusiones de soñadores. Tengo la sospecha, muy fundada, de que mis palabras se han de perder en el desierto de la abulia, la indiferencia, la desconfianza y el egoísmo. Dijo un escritor inglés, cuyo nombre no recuerdo, que el defecto capital de los españoles es su incapacidad para coordinar los esfuerzos individuales. Y esto es verdad. A pesar de ello, yo ruego a todos los que se interesen por estas cuestiones que mediten un poco sobre lo que antecede y vean si no encierra un gran fondo de razón.

Y abrumado por el peso de mi insignificancia y mi atrevimiento, invito a la Academia de Medicina, a la Sociedad Española de Higiene, al Instituto de Medicina Social, a las Facultades Universitarias, a los Colegios Médicos, a todos los demás Centros y Sociedades culturales, médicos y no médicos, a los redactores médicos de la prensa diaria, a la prensa profesional y política, a las Sociedades obreras, a los Sindicatos médicos, a los que se den cuenta de la magnitud de la empresa y quieran contribuir a ella, a que tomen la iniciativa para todos juntos echar sólidamente los cimientos de un fuerte núcleo de acción sanitaria y cultural que propongo bautizar de momento con el nombre claro, sonoro y comprensivo de Liga Española de Medicina Social, y cuyo tema sea Salud y Cultura, que son las dos fuentes verdaderas del bienestar humano.

AGUADO MARINONI.

Fundador del Instituto de Medicina Social.
Miembro de la Sociedad Eugénica Argentina.

Al remitir el anterior trabajo para su publicación, nos pide su ilustrado autor que emitamos sobre él nuestro juicio y que le prestemos nuestro apoyo.

No se nos ocurre decir otra cosa que lo siguiente: «Aparte de lo correcto y discreto del escrito, que por estas condiciones merece bien ser alabado, EL SIGLO MEDICO no niega, ni ha negado jamás, su colaboración a todo lo que significa unión sincera y desinteresada de los elementos dispersos que debieran defender la santa causa de la salubridad pública, y que por ser dispersos, egoístas y mal orientados, es por lo que principalmente son desatendidos, hollados y menospreciados».

L. R.

Al pomposo epígrafe «En honor de la verdad»

Gran satisfacción me ha producido que D. Luis Mateos conteste al artículo mío publicado en el núm. 3.457 de esta revista, puesto que es la mejor prueba de la certeza de cuanto en él decía; no hay más que repasar uno y otro.

Nada de lo relatado contradice ni puede contradecir, por ser ciertísimo, y tanto lo que trata de demostrar como las disculpas que dá, veremos que no lo son: examinémoslo:

Yo no digo que el Sr. Mateos no haya ido al Colegio, pues afirmo que por éste se enteró de lo que ocurría, sino «últimamente ha tomado la determinación cuando el Colegio le llama no acudir»; y efectivamente, después de la conferencia que celebró con el Sr. Pardo fué llamado en comunicación firmada por el vicepresidente D. Eduardo del Río para hacerle presente de una manera oficial (digámoslo así) lo que ya en conversación particular le había manifestado: «que por última vez y antes de publicar su nombre en el Boletín se le avisaba por si quería cambiar de conducta»; no se presentó, y tan es esto cierto, que el presidente y secretario del Colegio firman conmigo, para corroborar mi afirmación.

Claro que una carta puede extraviarse, jeso es indudable!

No he dado motivos para temer venganzas de nadie, si acaso otra cosa, y lo demuestra el hecho de que donde estaba estoy, dispuesto á responder de todos mis actos; el que tiene temor, huye.

Con respecto á la titular que dice no aceptaría si yo no la renunciaba voluntariamente, he de manifestarle dos cosas: primera, que no se la darían: bien sabe que lo que proponían era que nos fuéramos los dos; y segunda: ¿cree usted sería renuncia voluntaria, si me viera obligado á ello por no poder atender á mis necesidades y las de mi familia al quedarme pocos clientes? Afortunadamente no es así, no espere la renuncia. ¿Cree D. Luis ni puede creer nadie, que una causa muy justa hay necesidad de ir á buscarla y estaría esperando de un momento á otro? Estas pueden surgir, nadie estamos libres, pero inesperadamente, no es una caza de espera.

Mucho antes de hablarse de sindicación, á propósito de la confusión lastimosa á que alude, no era considerado como buen compañero el que se establecía en un pueblo donde había un titular y uno solo podía vivir con sus rendimientos. Desde luego tiene usted razón, las faltas de compañerismo no las castiga ningún código, pueden cometerse impunemente, á éstas me refiero; quizás esté equivocado y no sea tal falta lo que usted hace, pero supongo que al compañerismo apelarán todos los periódicos profesionales cuando pongan advertencias á ciertas vacantes, y los Colegios Médicos, ya casi más que rogar, exigen á tenor de sus fuerzas, no se soliciten; esto estando vacante la titular; ¿que será en casos como el presente y más habiéndose creado el conflicto por cumplir los acuerdos tomados en el mismo por unanimidad? Desgraciadamente las fuerzas de los Colegios son limitadas y no pueden hacer más que lo que con usted ha hecho el de Guadalajara, advertirle que no debía estar en Marchamalo y lo que á su alcance ha estado para poderlo conseguir.

Para terminar, me siento orgulloso de su desprecio toda vez que cuento con el aprecio de todos los compañeros de la provincia y de cuantos en Madrid me han conocido; al testimonio del señor decano de la Beneficencia Provincial, don Enrique de Isla, á cuyas órdenes he prestado mis servicios durante cinco años, antes de cometer la torpeza de salir á pueblo, me remito.

Además, cuento con el apoyo del Colegio de Médicos; no puede decir lo mismo el Sr. Mateos. ¡En algo consistirá! — ENRIQUE ORSI. — El presidente del Colegio de Médicos, Manuel Pardo. — El secretario, Eduardo Castaños.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID (1)

Ante este cuadro, y á pesar de que no existían antecedentes de difteria en la enfermita, ni en ninguna de las per-

(1) Véase el número anterior.

sonas de su alrededor, sospechamos si se trataba de una conjuntivitis diftérica, y para determinarlo de un modo innegable, recurrimos al examen microscópico de la neomembrana arrancada, observando con gran sorpresa que el gonococo de Neisser, con su forma típica, endoglobular en su mayor parte y gran positivo, constituía casi el único germen. En su compañía se encontraba algún diplobacilo que respondía al tipo de Morae-Axenfeld y tal cual bacilo grueso, de extremos redondeados y ligeramente abultados, que podría ser el de xerosis.

En vista de este resultado, creemos no se puede dudar que se trataba de una conjuntivitis gonocócica de forma pseudomembranosa, análoga á la descrita aisladamente por Gor, Valude y Jacobsen.

A las veinticuatro horas de haber visto por vez primera á nuestra enferma, observamos una invasión de la conjuntiva bulbar, por las pseudomembranas que recubren totalmente el polo anterior, á excepción de la córnea que nos aparece infiltrada y con una ulceración periférica en la parte inferior. Al día siguiente la córnea se ha perforado ampliamente y se ha producido una voluminosa hernia de iris, encontrando entre los párpados el cristalino perfectamente transparente y globuloso.

En los días sucesivos van cediendo los síntomas inflamatorios, la ulceración corneal se regenera y á los diez días de ocurrida la perforación, todo ha desaparecido: quedando como vestigio un leucoma adherente casi total, con conservación de la forma y volumen del globo ocular afecto.

El tratamiento seguido en este caso ha sido el clásico de las formas gonocócicas de conjuntivitis: solución de nitrato argéntico al 4 por 100 en los primeros días, para disminuir la concentración á medida que la mejoría se presenta, é irrigaciones repetidas y abundantes con el elevador de Lagrange con solución de permanganato potásico al 1 por 10.000.

Dr. Carreras. — El caso relatado por el Dr. Soria es interesante, no precisamente por lo raro, ya que sabemos que todas las infecciones específicas de la conjuntiva pueden dar lugar á un exudado pseudo-membranoso, sino porque pone de manifiesto los graves defectos de que adolecen las clasificaciones morbosas sintomáticas, y encarece la necesidad de una clasificación etiológica, única racionalmente definitiva á que debe llegar la nosotaxia. Siendo la etiología, cuando es conocida, el factor lógicamente más decisivo que debe informar la terapéutica, se comprende que con el mayor ahínco debamos procurar establecerla en cada caso particular. Tan instructivo como el del Dr. Soria resulta un caso observado por mí en Junio de 1917, cuando todavía ejercía yo en Gerona.

Se trataba de una niña, también de tres años, natural de Llansá, y que desde hacía quince días estaba en tratamiento con un compañero especialista de una capital vecina, pero viendo que todos los días empeoraba, los padres se decidieron á traerla para que yo la viera. La enfermita presentaba un edema palpebral del ojo derecho, muy acentuado, pero con poca rubefacción. Separados los párpados se notaba un exudado pseudomembranoso de color amarillento, que recubría toda la conjuntiva palpebral superior é inferior que se sangraba al separar la falsa membrana. El bulbo ocular moderadamente inyectado. La córnea, un poco turbia, presentaba una ulceración profunda é infiltrada, situada entre el centro corneal y la extremidad inferior del diámetro vertical. Un hipopión de dos milímetros de altura traducía la iritis concomitante. El ganglio preauricular estaba muy aumentado de volumen y doloroso á la presión.

También tenía adenitis submaxilar indolora. El síndrome unilateral de edema palpebral, falsa membrana, ulceración

corneal y adenitis preauricular y submaxilar sólo podía venir á una de estas tres afecciones: conjuntivitis gonocócica, difteria conjuntival ó querato-conjuntivitis impetiginosa grave. Otras afecciones que pueden presentar falsas membranas, como la conjuntivitis pneumocócica, la estreptocócica, etc., unas (pneumocócica) no se complican nunca de ulceración corneal, otras (estreptocócica grave) van acompañadas de fiebre alta y son casi siempre consecutivas a una fiebre eruptiva, como el sarampión, la escarlatina, etc. Y así podríamos eliminar todas las afecciones querato-conjuntivales, excepto las tres primeramente citadas. El diagnóstico clínico exacto era completamente imposible, pues hay que advertir que la niña no sufría ninguna vulvo-vaginitis gonocócica. Hice, pues, un frotis de la secreción pseudo-membranosa y el microscopio me demostró la presencia en gran cantidad del gonococo en cultivo puro. Recurrí en seguida á las irrigaciones de permanganato potásico al 1 por 4.000 cada dos horas, seguidas de instilaciones de argirol al 20 por 100 y un toque diario con nitrato argéntico al 2 por 100 y dos instilaciones de atropina al 1 por 200 al día. En seis días cicatrizó la úlcera, desapareció el hipopión y la secreción conjuntival, y á los diez ó doce días se marchaba la enferma á su casa con un tratamiento ligero para por precaución continuarlo algunos días más.

Dada la rapidez con que cedió la enfermedad á un tratamiento bien dirigido, es para mí evidente que el colega que anteriormente trató á la paciente sufrió un error de diagnóstico del que se resintió la terapéutica por él empleada. He aquí, pues, un caso que sólo el microscopio podía zanjar la cuestión del diagnóstico de un modo definitivo, y que tenía en esta ocasión una importancia enorme, pues en la difteria conjuntival el nitrato argéntico está formalmente contraindicado, mientras que cede rápidamente á las inyecciones combinadas con el empleo local del suero antidiftérico.

Creo, pues, que nunca se insistirá lo bastante sobre la necesidad de comprobar siempre el diagnóstico clínico de una afección conjuntival ó querática supurativa por el examen microscópico de la secreción, y si es preciso por el cultivo ó la inoculación experimental si el caso lo requiere.

El secretario de Actas,
DR. J. L. CORTÉS

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Dirección general de Administración.

OPOSICIONES Á CUATRO PLAZAS VACANTES EN EL CUERPO MÉDICO DE BENEFICENCIA GENERAL

Programa de las preguntas que, para el primer ejercicio, ha redactado el Tribunal de dichas oposiciones, en cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo último de la convocatoria publicada en el día 21 de Octubre de 1919 (1).

Núm. 385. Anatomía del simpático en el cuello.

Núm. 386. ¿Cuándo está indicada la ligadura de la vena yugular interna?

Núm. 387. ¿Por qué es grave la ligadura de la carótida primitiva?

Núm. 388. Bronconeumonía séptica en la laringectomía total y manera de evitarla.

Núm. 389. Parálisis recurrencial en la tiroidectomía.

Núm. 390. ¿Es peligrosa la resección del neumogástrico en el cuello en el curso de una intervención quirúrgica?

(1) Véase el número anterior.

Núm. 391. Radiografía: su valor diagnóstico en lesiones de huesos, cuerpos extraños y cabeza.

Núm. 392. Radioterapia, radiumterapia. Indicaciones y contraindicaciones.

Núm. 393. Diatermia. Indicaciones.

Núm. 394. Transfusión de la sangre. Sus aplicaciones en la clínica; métodos.

Núm. 395. Anestesia epidural. Anestesia medular.

Núm. 396. Varices.

Núm. 397. Linfangitis; adenitis.

Núm. 398. Contusiones y heridas de los nervios. Regeneración nerviosa.

Núm. 399. Tumores de los nervios.

Núm. 400. Ortopedia en la parálisis infantil.

Núm. 401. Espina bífida.

Núm. 402. Lupus cutáneo: Su diagnóstico diferencial con epiteloma y sífilis.

Núm. 403. Tumores de la piel. Tratamiento.

Núm. 404. Cuerpos extraños del esófago.

Núm. 405. Tumores del bazo. Tratamiento.

Núm. 406. Valor de la gastroscopia.

Núm. 407. Deformidades congénitas y adquiridas del estómago.

Núm. 408. Tratamiento quirúrgico en la oclusión intestinal.

Núm. 409. Diagnóstico topográfico del obstáculo en la oclusión del intestino.

Núm. 410. Hernia estrangulada.

Núm. 411. Estrecheces no neoplásicos del intestino.

Núm. 412. Valor del análisis de la sangre en la indicación operatoria de la apendicitis y como signo pronóstico.

Núm. 413. Tumores benignos y malignos del recto. Tratamiento.

Núm. 414. Fístulas y estrecheces del recto.

Núm. 415. Peritonitis aguda. Formas clínicas. Tratamiento.

Núm. 416. Tratamiento de la peritonitis post-operatoria.

Núm. 417. Valor de la exclusión del píloro en la úlcera del duodeno.

Núm. 418. Síntomas de la oclusión calculosa del cólico. Indicaciones operatorias.

Núm. 419. Indicaciones del desagüe biliar.

Núm. 420. Absceso del hígado.

Núm. 421. Dilatación aguda del estómago y su tratamiento.

Núm. 422. Complicaciones inmediatas y lejanas de la gastroenterostomía.

Núm. 423. Tratamiento quirúrgico de las compresiones de la medula.

Núm. 424. Flegmones de la mano.

Núm. 425. Pancreatitis y neoplasias del páncreas. Tratamiento quirúrgico.

Núm. 426. Patogenia y diagnóstico de la apendicitis aguda.

Núm. 427. Síntomas y diagnóstico de la tuberculosis renal.

Núm. 428. Indicaciones operatorias en la tuberculosis renal.

Núm. 429. Anatomía patológica de la tuberculosis renal.

Núm. 430. Riñón flotante. Anatomía patológica y estudio clínico.

Núm. 431. Etiología y patogenia de la anuria calculosa.

Núm. 432. Tratamiento de la anuria calculosa.

Núm. 433. Riñón poliquístico. Síntomas y diagnóstico.

Núm. 434. Etiología de la litiasis renal.

Núm. 435. Anatomía patológica de la litiasis renal.

- Núm. 436. Síntomas y diagnóstico de los cálculos renales.
- Núm. 437. Cólico nefrítico. Etiología, diagnóstico y tratamiento.
- Núm. 438. Indicaciones operatorias en la litiasis renal.
- Núm. 439. Pionefrosis. Etiología y síntomas.
- Núm. 440. Tumores del riñón. Diagnóstico.
- Núm. 441. Hidronefrosis. Etiología y diagnóstico.
- Núm. 442. Contusiones y heridas del riñón.
- Núm. 443. Flemón perinefrítico. Etiología y diagnóstico.
- Núm. 444. Uretero-pielitis. Diagnóstico y tratamiento.
- Núm. 445. La insuficiencia renal en el pronóstico de las afecciones urinarias.
- Núm. 446. Hematuria. Variedades y diagnóstico.
- Núm. 447. Piuria. Caracteres clínicos y diagnóstico.
- Núm. 448. Etiología y síntomas de la cistitis aguda.
- Núm. 449. Cistitis crónicas. Etiología y síntomas.
- Núm. 450. Tumores vesicales. Anatomía patológica.
- Núm. 451. Síntomas y diagnóstico de los tumores vesicales.
- Núm. 452. Tratamiento de las hematurias.
- Núm. 453. Tratamiento de las cistitis crónicas.
- Núm. 454. Tratamiento médico de las pielonefritis.
- Núm. 455. Etiología de los cálculos vesicales.
- Núm. 456. Diagnóstico de los cálculos vesicales.
- Núm. 457. Tratamiento de los cálculos vesicales.
- Núm. 458. Indicaciones generales del cateterismo ureteral.
- Núm. 459. Retención completa de orina. Diagnóstico de sus causas.
- Núm. 460. Hipertrofia de la próstata. Evolución clínica.
- Núm. 461. Tratamiento de la retención de orina en los prostáticos.
- Núm. 462. Etiología de las infecciones prostáticas.
- Núm. 463. Síntomas y tratamiento del absceso de la próstata.
- Núm. 464. Estrecheces uretrales. Etiología y síntomas.
- Núm. 465. Tratamiento de las estrecheces uretrales.
- Núm. 466. Uretritis blenorragia aguda. Evolución clínica y diagnóstico.
- Núm. 467. Complicaciones genitales de la uretritis blenorragia en el hombre.
- Núm. 468. Sífilis del testículo. Diagnóstico y tratamiento.
- Núm. 469. Varicocele. Variedades. Diagnóstico y tratamiento.
- Núm. 470. Roturas uretrales. Variedades y tratamiento.
- Núm. 471. Síntomas y diagnóstico de la tuberculosis testicular.
- Núm. 472. Infección urinaria. Formas y tratamiento.
- Núm. 473. Abscesos peri-uretrales.
- Núm. 474. Diagnóstico de los tumores del testículo.
- Núm. 475. Cáncer del pene: Diagnóstico y tratamiento.
- Núm. 476. Hidrocele y hematocele: Diagnóstico y tratamiento.
- Núm. 477. Descripción de los medios de suspensión y de sostén del aparato genital femenino.
- Núm. 478. Descripción de los vasos sanguíneos y de los vasos y ganglios linfáticos del aparato genital femenino.
- Núm. 479. Tejido celular pelviano: Su importancia en la patología especial de la mujer.
- Núm. 480. Exploración ginecológica manual é instrumental.
- Núm. 481. Leucorrea: Etiología y tratamiento.
- Núm. 482. Etiología de las metrorragias y su tratamiento.
- Núm. 483. Causas, síntomas y tratamiento de las endometritis.
- Núm. 484. Etiología y sintomatología de las metritis aguda y crónica.
- Núm. 485. Tratamiento de las metritis aguda y crónica.
- Núm. 486. Desviaciones uterinas. Sus causas, síntomas y complicaciones.
- Núm. 487. Tratamiento quirúrgico de las retroposiciones uterinas. Sus resultados.
- Núm. 488. Tratamiento quirúrgico del prolapso útero-vaginal. Sus resultados.
- Núm. 489. Etiología, anatomía patológica y variedades de los fibromiomas uterinos.
- Núm. 490. Sintomatología y accidentes á que pueden dar lugar los fibromiomas uterinos.
- Núm. 491. Tratamiento quirúrgico de los fibromiomas uterinos. Sus indicaciones.
- Núm. 492. Diagnóstico precoz del cáncer uterino.
- Núm. 493. Contraindicaciones del tratamiento quirúrgico del cáncer uterino.
- Núm. 494. Descripción de la histerectomía abdominal amplia en el cáncer uterino.
- Núm. 495. Quistes del ovario. Sus accidentes y complicaciones. Tratamiento.
- Núm. 496. Bacteriología é infecciones del aparato genital de la mujer.
- Núm. 497. Etiología, síntomas, complicaciones y tratamiento de las inflamaciones del tejido celular pelviano de la mujer.
- Núm. 498. Origen, sintomatología y diagnóstico de la salpingoovaritis. Sus terminaciones.
- Núm. 499. Tratamiento no quirúrgico de las inflamaciones de los anejos uterinos.
- Núm. 500. Indicaciones quirúrgicas en las inflamaciones de los órganos pelvianos de la mujer.
- Núm. 501. Histerectomía vaginal é histerectomía abdominal. Sus respectivas indicaciones y descripción.
- Núm. 502. Enumeración y resultado de los tratamientos profilácticos de la peritonitis en cirugía ginecológica.
- Núm. 503. Tratamiento post-operatorio de las enfermedades laparotomizadas en ginecología.
- Núm. 504. Estudio de las indicaciones y contraindicaciones de la roentgenterapia en los diversos tumores uterinos.
- Núm. 505. Indicaciones de la radiumterapia en el cáncer del útero. Sus resultados.
- Núm. 506. Aplicaciones de la roentgenterapia en ginecopatías no tumorales.
- Núm. 507. Diagnóstico del embarazo. Su diagnóstico diferencial con algunas ginecopatías.
- Núm. 508. Fundamento y técnica de las reacciones de Abderhalden y de Kotmann en obstetricia y ginecología; su valor diagnóstico.
- Núm. 509. Incarceración del útero grávido. Etiología, diagnóstico y tratamiento.
- Núm. 510. Diagnóstico y pronóstico del embarazo ectópico.
- Núm. 511. Tratamiento del embarazo ectópico.
- Núm. 512. Placenta previa. Etiología, diagnóstico y tratamiento.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP MAJOR L., y Estañó coloidal.
LABORATORIO GÁMIR, San Fernando, 34.—Valencia

- Núm. 513. Hemorragias en el parto y después del parto.
 Núm. 514. Asepsia y antisepsia en el parto.
 Núm. 515. Mecanismo del parto en las presentaciones de vértice y de flexión de la cabeza fetal.
 Núm. 516. Mecanismo del parto en las presentaciones podálicas.
 Núm. 517. Presentaciones transversales del feto. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
 Núm. 518. Procidencia de partes fetales. Sus causas y tratamiento.
 Núm. 519. Diagnóstico y tratamiento de la eclampsia.
 Núm. 520. Indicaciones y técnica de la aplicación del fórceps y de la pituitrina.
 Núm. 521. Indicaciones y técnica de las versiones podálica y cefálica.
 Núm. 522. Indicaciones y técnica de la operación cesárea extra e intraperitoneal.
 Núm. 523. Roturas uterinas. Su diagnóstico y tratamiento.

(Concluirá)

MONTEPÍO FACULTATIVO

SECRETARÍA GENERAL

ANUNCIO DE PENSIÓN

D. Luis Iturralde y Lecea, socio de este Montepío, solicita pensión de jubilación.

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

Madrid, 29 de Marzo de 1920.—El secretario general, *Marín*.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,1; id. mínima, 677,3; temperatura máxima, 23°0; id. mínima, 7°0; vientos dominantes, O. S. OSO.

Se presentan todavía casos graves de infección intestinal tifoidea; los de gripe neumónica disminuyen en número y en gravedad. Los reumatismos y las complicaciones de los afectos cardíacos son también numerosos.

En los niños continúan presentándose casos de coqueluche y sarampión.

Mortalidad de Madrid en Marzo de 1920 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio precedente.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Marzo de 1920.
Menores de 1 año.....	237	258
De 1 a 4 años.....	191	387
De 5 a 19.....	109	154
De 20 a 39.....	235	235
De 40 a 59.....	297	266
De 60 en adelante.....	476	365
Sin clasificación.....	3	4
TOTAL.....	1.548	1.669

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Marzo de 1920.
Fiebre tifoidea.....	8	39
Tifus exantemático.....	1	1
Viruela.....	10	1
Sarampión.....	10	90
Escarlatina.....	2	2
Coqueluche.....	7	37
Difteria.....	9	8
Gripe.....	69	27
Otras epidemias.....	3	1
Tuberculosis pulmonar.....	163	169
Idem meningea.....	15	18
Otras tuberculosis.....	26	41
Cancerosas.....	59	54
Meningitis.....	84	102
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	81	56
Orgánicas del corazón.....	120	110
Bronquitis aguda.....	107	157
Idem crónica.....	52	33
Pulmonía.....	42	29
Bronco-pneumonía y otras.....	172	188
Enteritis (menores de dos años).....	53	40
Apendicitis.....	2	2
Hernias y obstrucciones.....	12	16
Cirrosis hepática.....	11	15
Nefritis.....	48	34
Septicemia puerperal.....	5	4
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	49	38
Senectud.....	51	43
Otras enfermedades.....	277	315
TOTAL.....	1.548	1.669

Varones..... 824
 Hembras..... 844

Promedio diario de la mortalidad de
 Marzo en el quinquenio anterior..... 49,93
 Idem id. de id. en Marzo de 1920..... 53,00
 Idem id. de id. en Febrero de 1920..... 59,13
 Idem id. de id. en Enero de 1920..... 98,63

FALLECIDOS DIAGNOSTICADOS DE GRIPE EN MARZO DE 1920

Por grandes grupos de edades:

EDADES	Varones.	Hembras.	TOTAL
Menores de 1 año.....	1	1	1
De 1 a 4 años.....	2	2	4
5 a 19.....	3	1	4
20 a 39.....	7	2	9
40 a 59.....	4	3	7
60 en adelante.....	2	2	2
TOTAL.....	17	10	27

Por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	7	2	9
6 al 10.....	2	4	6
11 al 15.....	3	1	4
16 al 20.....	3	3	3
21 al 25.....	2	2	2
26 al 31.....	3	3	3
TOTAL.....	17	10	27

TOLUDEN

Pelrid's C., New-York

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

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

FORMAS DIFERENTES EN QUE HAN SIDO DIAGNOSTICADOS
LOS FALLECIDOS POR GRIPE

Gripe ó infección gripal.....	13
Bronconeumonía gripal.....	6
Pulmonía gripal.....	4
Bronquitis gripal.....	2
Forma gastrointestinal.....	1
Peritonitis gripal.....	1
Comparación de la totalidad de los fallecidos por gripe con la de los dos meses anteriores:	
Enero de 1920.....	311
Febrero de 1920.....	38
Marzo de 1920.....	27

FALLECIDOS DIAGNOSTICADOS DE BRONCONEUMONÍA
Por grandes grupos de edades.

EDADES	Varones.	Hembras.	TOTAL
Menores de 1 año.....	4	14	18
De 1 á 4.....	24	36	60
5 á 19.....	5	9	14
20 á 39.....	9	10	19
40 á 59.....	12	10	22
60 en adelante.....	10	16	26
TOTAL.....	64	95	159

Por grupos de cinco días.

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	3	16	19
6 al 10.....	14	10	24
11 al 15.....	18	13	26
16 al 20.....	12	15	27
21 al 25.....	10	24	34
26 al 31.....	12	17	29
TOTAL.....	64	95	159

Comparación con los dos meses anteriores:

Enero de 1920.....	446
Febrero de 1920.....	205
Marzo de 1920.....	159

FALLECIDOS DIAGNOSTICADOS DE FIEBRE TIFOIDEA
Por grupos de edades:

EDADES	Varones.	Hembras.	TOTAL
Menores de 1 año.....	»	»	»
De 1 á 4.....	1	»	1
5 á 19.....	9	10	19
20 á 39.....	12	7	19
40 á 59.....	»	»	»
60 en adelante.....	»	»	»
TOTAL.....	22	17	39

Por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	1	»	1
6 al 10.....	3	1	4
11 al 15.....	»	»	»
16 al 20.....	»	3	3
21 al 25.....	1	7	8
26 al 31.....	17	6	23
TOTAL.....	22	17	39

Comparación con los dos meses anteriores:

Enero de 1920.....	62
Febrero de 1920.....	29
Marzo de 1920.....	39

Observaciones.

Por vez primera ha sido registrada en Madrid una defunción por encefalitis letárgica. Ocurrió el día 27 en la calle del Olivar en un varón de seis años.

Por viruela ninguna defunción.

La gripe, que en igual mes del año anterior llegó á 236, ha registrado 27 óbitos. Esta cifra es casi la normal, pues constantemente se diagnostican en esta corte casos de ella.

Las bronconeumonías sin ningún adjetivo también descienden, dentro de sus elevadísimas proporciones, como puede verse en la comparación arriba expuesta. La influencia que la causa mortífera que nos ha invadido ha tenido en estas afecciones, claramente lo demuestran los datos demográficos que venimos publicando. El mes de Marzo con sus bruscas oscilaciones meteorológicas, es entre nosotros uno de los más castigados por las bronconeumonías y bronquitis á frigore. En el cuadro que presentamos se aprecia que la mortalidad por esta causa osciló en relación con los saltos termométricos.

Estos hechos demuestran á nuestro entender que la mortalidad por bronconeumonías en Marzo ha sido debida en su casi totalidad á las causas climatológicas que constantemente en Madrid las motivan, y que el gran descenso relativo desde Enero, 446, á Marzo, 159, lo ha producido la atenuación ó casi desaparición de la causa morbosa, que tan dañosamente ha influido en diferentes síndromes.

La fiebre tifoidea, sin cifras alarmantes, acreció en Enero, descendió en Febrero, continuó mejorando en los primeros veinticinco días de Marzo, pero en los seis últimos tuvo una pequeña exacerbación.

Dado lo proteica que es la llamada infección gripal, sobre todo en su período de declinación epidémica, pudiera ocurrir que algunos de estos casos fueran formas intestinales confundibles clínicamente con la fiebre eberthiana. Sería de desear que en estos enfermos se procurara precisar con auxilio del Laboratorio la especificidad de la causa. La importancia de esta aclaración es grande, tanto para el tratamiento individual, como para la profilaxia colectiva.

La mortalidad de menores de cinco años, que en relación con el total de fallecidos venía mejorando constantemente desde 1901 como demostramos en unos trabajos publicados en «Pro Infantia» siguió sosteniendo este progreso, dentro del aumento total, en los brotes de esta epidemia de 1918 y principios del 1919. Ahora en esta exacerbación de comienzos del año actual ha ocurrido lo contrario.

Este fenómeno que pusimos de relieve el mes anterior al ocuparnos de la mortalidad de Febrero, se acentúa en este. La mortalidad de mayores de cinco años ha descendido por bajo de la media anterior, sosteniéndose algo más alta la de niños. Las bronconeumonías de los adultos descendieron de 119 en Febrero, á 81 en Marzo, y las de menores de cinco años, de 86 á 78. Las bronquitis infantiles conservan la misma cifra del mes anterior. Creemos que ambas rúbricas están influidas por las últimas manifestaciones de la epidemia.

Contribuye también á la mortalidad infantil el sarampión, que ha causado 90 víctimas, 53 más que el mes anterior. La coqueluche, con uno menos, permanece estacionada.

LUIS LASBENNES.

LA DIABETES
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI
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 muestras
gratis. LABORATO-
RIO PESQUI Prim
25. San Sebastián

Crónicas.

Nueva Revista.—Una nueva Revista, *Archivos de Cardiología y Hematología* (Madrid, Blanca de Navarra, 4), ha comenzado recientemente a publicarse. Los doctores Pittaluga y Calandre, cuyos nombres son bien conocidos en las especialidades á que la Revista está consagrada, dirigen la nueva publicación, que cuenta entre sus colaboradores las personas más prestigiosas dedicadas á estos estudios.

El primer número (Enero y Febrero 1920) contiene un interesantísimo trabajo del Dr. Goyanes, sobre «Cirugía de los vasos», otro de Calandre en el que se describen detenidamente varios casos de disociación auriculo-ventricular y un tercero de Pittaluga sobre un caso de Hemofilia, como contribución al estudio de las Hemodistrofias, que constituye uno de los más profundos estudios sobre el particular. En la parte consagrada á «Notas bibliográficas» se analizan escrupulosamente por especialistas en las materias referidas, más de sesenta artículos procedentes de revistas de reciente fecha. El interés científico de la nueva Revista, unido á su excelente presentación, hace esperar que tendrá una favorable acogida entre nuestros compañeros.

Consultas públicas.—En el Dispensario de urgencia del distrito del Centro (Plaza Mayor, 18), han sido prestados durante el mes de Marzo los siguientes servicios: Visitas de urgencia á domicilio, 190; casos de urgencia en el Dispensario, 628; casos judiciales, 56; asistencia á partos, 24; y en las consultas públicas gratuitas de medicina general, 172; medicina infantil, 210; cirugía infantil y ortopédica, 91; cirugía general, 150; boca y dientes, 247; pulmón y corazón, 508; estómago, intestinos é hígado, 218; vías urinarias, 162; ojos, 539; matriz y embarazo, 314; garganta, nariz y oídos, 603; piel, venéreas y sifilíticas, 583; sistema nervioso, 270; hueso y articulaciones, 80; vacunación y revacunación, 94; inyecciones varias, 1.128; cirugía menor, 720; total de asistencias prestadas, 6.982.

La gripe en Extremadura.—La Junta municipal del pueblo de Mirandilla ha informado á la Inspección provincial, declarando oficialmente la epidemia gripal en aquel término.

Aun cuando la mayor parte de los casos de gripe que se registran son de carácter benigno, ha habido también algunas defunciones que han alarmado al vecindario.

Función á beneficio del Hospital de la Caridad de Cartagena.—Organizada por distinguidos elementos de aquella localidad, se celebró en el teatro Principal una función á beneficio del Hospital de Caridad. Se ejecutó un ameno programa, y tomaron parte muchos jóvenes de la buena sociedad.

Se obtuvo una recaudación espléndida.

Los auxiliares de Farmacia á la huelga.—El Comité de la Unión General de Auxiliares de Farmacia envió á la prensa diaria, el día 9, la siguiente nota de los acuerdos adoptados por la clase patronal y de la actitud que han suscitado éstos:

«En junta general celebrada en el domicilio social (Santa Clara, 4) por las entidades Colegio Local de Farmacéuticos, Colegio Provincial y Sindicato de Farmacéuticos, han acordado:

Primero. Por lo que se refiere á la jornada de ocho horas, cumplir lo dispuesto en la legislación vigente.

Segundo. Aconsejar á los farmacéuticos que han estado presentes en la reunión, acepten las bases; pero sin que este acuerdo tenga fuerza de obligar, mientras los farmacéuticos disidentes no nos ayuden á conseguir nuestras reivindicaciones profesionales (tarifa única, precios en las especialidades, etc., apertura y cierre de farmacias).

En vista de la anterior contestación, el Comité de la Unión de Auxiliares ha presentado los oficios de huelga.

Posteriormente el Comité de huelga de los auxiliares de Farmacia no ha aceptado el ofrecimiento hecho por el presidente de la Junta local de Reformas Sociales de servir como mediador en el conflicto planteado.

El gobernador civil citó al Comité para el día 12 á las siete de la tarde.

Son varios los patronos que aceptan las bases presentadas por los huelguistas.

El Comité de huelga ruega á la prensa publique lo siguiente:

«El Comité agradecería á los señores farmacéuticos que se han dirigido á él, ofreciendo aceptar las bases formuladas, que lo hagan poniendo las palabras conforme o acepto, sello de la farmacia y firma, al pie de los impresos que les hemos remitido.»

El Consejo de Protección á la Infancia.—Bajo la presidencia de D. Angel Pulido se ha celebrado la última sesión plenaria del Consejo de Protección á la Infancia.

El secretario general, Dr. Tolosa Latour, leyó la Memoria anual, que comprende los trabajos realizados por el Consejo, las Secciones y las Juntas provinciales y locales. Fué aprobada por unanimidad y se acordó imprimirla.

El pleno adoptó el acuerdo de contribuir con 1.000 pesetas á la suscripción nacional para erigir un monumento en honor de D. Manuel de Tolosa Latour; designó al Sr. Montero Ríos Villegas representante en el III Congreso Penitenciario de Barcelona; concediendo asimismo el Consejo su representación en la próxima inauguración del Tribunal para niños del Bilbao, á los Sres. Montero Ríos y García Molinas; que pasen á estudio de las Secciones las bases del IX. Concurso de Premios; se resolvieron varios expedientes que afectan á las Juntas; se felicitó al vocal D. Luis Heredero por su libro «Puericultura popular», que repartió entre los consejeros, siendo, por último, aprobadas las cuentas y los trabajos realizados por la Secretaría general.

La gripe en el Japón.—La gripe, que durante el invierno último alcanzó grandes proporciones en el Japón, atacó á un millón y medio de personas, de las que fallecieron 65.852.

Las ciudades más castigadas fueron Tokio, donde murieron 9.000 personas, y Caaka, en donde hubo unos 10.000 muertos.

Conferencia del doctor Rodríguez Fornos.—Aunque en otra ocasión nos ocupemos de ello, diremos en esta sección que el doctor Rodríguez Fornos, distinguido profesor de Valencia, ha dado en la Academia de Medicina una brillante conferencia sobre el tema de actualidad «La encefalitis letárgica».

Estudió y desarrolló el enunciado en su aspecto sintomático con maestría y mereció del culto y distinguido auditorio la aprobación y aplauso unánimes que su labor hacía esperar.

Cursos de ampliación de estudios médicos.—En primer de Mayo dará principio su acostumbrado curso de *Otología práctica* el doctor Ernesto Botella. Informes en el Ateneo de Internos, Secretaría, Facultad de Medicina.

Advertimos á los señores médicos que en España se expenden frascos ilegítimos de *Morrhuetine Jungken*, con etiqueta francesa. Con objeto de asegurar la autenticidad del producto sírvanse recomendar á los clientes que exijan frascos con *etiqueta española*.

Oposiciones á médicos.—100 plazas de forenses en diferentes audiencias y 25 de médicos de Prisiones para licenciados mayores de edad. Próximas convocatorias, apuntes y programas, Editorial Campos, Princesa, 14.—Madrid.

Al presente número acompaña un prospecto, cuya lectura recomendamos, sobre los productos farmacéuticos de **Toferina é Inyectables Indolores de Arfocina, Poli-Arfocina y Per-Arfocina.**

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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