

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

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA. Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Glencia 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: El sarampión, por el Dr. Baltasar Hernández Briz.—Las crisis epileptiformes consecutivas á inyecciones de neosalvarsán, por el Dr. J. Bejarano.—La transplatación en Cirugía, por el Dr. Goyanes.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—Memorias de un pensionado, por el Dr. Albiñana.—A los médicos y á la opinión, por F. Coca.—A los señores médicos de Madrid y su provincia, por La Junta de la V. O. T.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalde.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

EL SARAMPIÓN

ALGUNAS CONSIDERACIONES PRÁCTICAS SOBRE ESTA ENFERMEDAD CON MOTIVO DE UNA RECIENTE EPIDEMIA OBSERVADA EN EL ASILO SAN JOSÉ, FUNDACIÓN ZORRILLA, INCLUSA Y COLEGIO DE LA PAZ (PASEO DE RONDA, NÚM. 1)

POR EL

DR. BALTASAR HERNÁNDEZ BRIZ

Médico jefe de la Inclusa, Colegio de la Paz y Asilo San José de Madrid.

Después de haber pasado una intensa epidemia de gripe en estos establecimientos, como tienen conocimiento mis ilustrados lectores (1), hemos sufrido en los meses de Enero y Febrero últimos otra epidemia de sarampión que merece demos conocimiento de ella por prestarse á consideraciones prácticas de alguna importancia.

En primer lugar el sarampión en los asilos es considerado por todos los paidópatas como una enfermedad grave, y en estos departamentos hoy á nuestro servicio, las epidemias sufridas hace pocos años han revestido una gravedad inusitada, con una mortalidad del 50 ó 60 por 100, tanto que las hermanas de la Caridad y personal subalterno se alarmaron cuando tuvimos los primeros casos, máxime después de la gripe, y que los niños por haber sufrido esta enfermedad tan recientemente se encontraban con esa debilidad, esa as-

tenia post gripal tan conocida y característica que indudablemente debería haber debilitado sus defensas orgánicas.

En segundo lugar, en un departamento hermético, donde no entra el público, ¿cómo se produjo el contagio?

El primer caso de sarampión observado fué en un niño de siete años, que hacía varios años que estaba en dicho asilo sin haber sido visitado por nadie, puesto que ingresó por el torno de la Inclusa, y sin haber salido á la calle ni una vez siquiera. Asistía este niño á las clases, y precisamente los ocho primeros casos recayeron en niños procedentes de esta misma clase; ¿cómo se verificó la invasión?

Los autores consideran, y entre ellos Apert, que la transmisión á distancia del virus por los objetos ó por una tercera persona en el sarampión es muy excepcional, tanto, que no había sido todavía demostrada.

Nosotros en este Asilo creemos que en esta ocasión se ha demostrado plenamente.

En un pabellón inmediato al Asilo hay unas clases para niños y niñas, donde acuden unos ochenta de ellos procedentes de los tejares y viviendas inmediatas, y en esta barriada hay numerosísimos casos de sarampión, y como portadores de gérmenes han obrado estos niños, que traen todas las enfermedades infecto-contagiosas que se padecen en su barriada, y aunque no entran los niños y niñas internos de estos asilos en estas clases, y está, repito, aislado este pabellón donde se dan estas clases públicas, las hermanas de la Caridad y sir-

(1) Véase el número del 18 de Febrero de 1920 (correspondiente al 7 de Febrero de 1920).

vientas entran y salen en unas y otras clases y han sido indudablemente las terceras personas que han transportado el germen de la dolencia á estos niños.

Se cerraron inmediatamente estas clases públicas, pero la semilla ya la teníamos en casa.

Reconoci detenidamente todos los niños y niñas de las clases por si notábamōs algún síntoma prodrómico en ellos que nos hiciera sospechar que estaban invadidos para tratar de aislarlos, y esto fué completamente imposible de conseguir. Algunos tosían algo, pero como habían pasado hacia poco la gripe, no nos llamaba la atención esta ligera tos; por lo demás, estaban alegres y contentos sin quejarse de nada y sin presentar el signo de Koplik; al que veíamos algo decaído se le separaba en seguida y aconsejamos á las profesoras que en cuanto notasen algo de anormal en algún niño lo aislasen en seguida. Como se trata en el sarampión de una enfermedad en que el contagio es mayor en el período prodrómico que en las demás fases de la enfermedad, que es contagiosísima desde los primeros síntomas de catarro óculonasal, la tos y los estornudos diseminan el virus á cierta distancia alrededor del enfermo, siendo por esto esta dolencia la más resistente á las medidas de antisepsia médica usada en los hospitales y asilos, y su profilaxis en este período prácticamente irrealizable.

Preparamos unas enfermerías de aislamiento, donde colocamos todos los casos. Los niños y niñas procedentes de la fundación Zorrilla en sus pabellones, y las niñas y niños de la Inclusa también en el suyo.

El tratamiento empleado fué el método de Milne, que consiste en embadurnar dos veces al día toda la piel del niño con la esencia pura de eucaliptus, la limpieza cuidadosa de la boca y de los dientes, las pincelaciones de la garganta (amígdalas y faringe) con el aceite fenicado al 10 por 100 y con tenerlos con la luz todo lo inactiva posible (cortinas ó papeles rojos en las ventanas y luz, con objeto de detener los rayos violeta y ultravioleta). El estadio de la acción de los diversos rayos de la luz está en sus comienzos, y la poderosa influencia que tienen en la organización de todos los seres vivos es enorme, y no creo pertinente en esta ocasión entrar á analizarlos; de este estudio que hace muchos años vengo haciendo, ya daré á mis lectores mi modesta opinión en vista de la experiencia de los hechos y de la observación de los fenómenos.

Estadística de los niños que padecieron sarampión y sus complicaciones.

Varones, 67; hembras 43; total, 110.

Fallecieron de las complicaciones de esta enfermedad 18, según el siguiente cuadro:

	Bronconeumonía.	Curados.	Fallecidos.
Varones.....	19	10	9
Hembras.....	15	10	5
TOTAL.....	34	20	14

Gangrena de la vulva, 1; muerto, 1.

Septicemia: varones, 1; hembras, 2; muertos, 3.

En las bronconeumonías empleamos como tratamiento el suero antidiftérico, poniendo inyecciones de 10 c. c. y en total á cada enfermo de 10 á 60 c. c., según la duración del proceso; las inyecciones de estricina y de aceite alcanforado y la revulsión con ventosas secas y cataplasmas sinapizadas.

Hemos observado que las bronconeumonías se presentaron cuando entraban los enfermitos en la convalecencia; había desaparecido la erupción y la fiebre, coincidiendo con los días fríos de principio de Febrero y el no haber calefacción alguna en las enfermerías por haberse descompuesto la caldera de la calefacción, y en el pabellón de la Inclusa, por no poder tampoco haberse podido poner en marcha la calefacción, es decir, que el frío intenso ha sido la causa determinante de estas bronconeumonías, pues en un asilo es difícilísimo poder tener el meticoloso cuidado que se tiene en la clínica particular, faltando, como tiene que faltar en estos sitios, la *solicitud maternal* imposible de sustituir.

La niña que padeció gangrena de la vulva se la pusieron varios sueros, pero no disponíamos del suero antigangrenoso, y á pesar de los cuidados minuciosos que con ella se tuvieron, no pudo salvarse.

Los niños que padecieron septicemia, se trataba de seres con taras hereditarias malignas que no tenían resistencia orgánica para luchar.

Se ha comprobado también en esta ocasión que el germen del sarampión como el de la gripe exalta la virulencia de las tuberculosis latentes de los niños, lo mismo sucede con la tos ferina, es decir, que estas tres enfermedades son muy peligrosas en los que tienen en incubación la tuberculosis.

De 400 niños y jóvenes que hay en estos departamentos, hemos tenido la suerte de librar del contagio á 300 y tener una pequeña mortalidad, dada la gravedad que reviste en estos asilos.

31 MARZO 1920.

Las crisis epileptiformes consecutivas á inyecciones de neosalvarsán

POR EL

DR. J. BEJARANO

Del Hospital de San Juan de Dios.

El tratamiento de las diversas manifestaciones de la sífilis por los compuestos arsenicales, se ha generalizado ya de tal modo, que no solamente el sifiliógrafo, sino el médico práctico, tiene actualmente un considerable material de enfermos tratados por el salvarsán y sus derivados.

La difusión del tratamiento arsenical obedece, además de la facilidad de su aplicación, asequible en muy poco tiempo á todo el mundo, á la disminución de los accidentes graves ó mortales con relación á los observados en las primeras épocas, siendo esto consecuencia indudable del mejor conocimiento de las dosis á emplear. Ello ha dado por resultado un optimismo que hace que se prescinda muy frecuentemente hasta de las elementales investigaciones á que debe someterse á

todo enfermo que haya de ser tratado por cualquier compuesto de la serie de los salvarsanes.

A nuestro juicio, todo el que emplee un tratamiento de este género debe estar persuadido de que pueden presentarse accidentes muy desagradables, y lo que es más importante, de que *estos accidentes son muchas veces evitables* con un poco de cuidado por parte del médico.

El siguiente caso nuestro demuestra la verdad de nuestra afirmación:

Enfermo de diez y nueve años, con sífilis reciente que le habían tratado mediante una serie larga y no interrumpida de inyecciones de un compuesto mercurial insoluble.

Presentaba al examinarle nosotros placas buco-faríngeas y cefalalgias no muy intensas de tipo vespertino, además de una estomatitis mercurial que se iniciaba.

Por esta causa, y en vista del tratamiento que había seguido, le aconsejamos una serie de inyecciones de neosalvarsán. Después de practicadas las investigaciones previas habituales (análisis de orina, auscultación detenida de corazón y pulmón), se le hace una 1.^a inyección de 0,15 gramos de neosalvarsán, á la terminación de la cual tiene una palidez intensísima, con pérdida momentánea del conocimiento, accidente que pasa en seguida y que atribuimos a un estado sincopal emotivo que, como se sabe, es bastante frecuente aun en la simple punción venosa.

A la siguiente semana, nueva inyección de 0,30 gramos, sin que se produjera ningún accidente inmediato, pero á los dos días nos avisan urgentemente por la noche, diciéndonos la familia que aquella tarde había empezado el enfermo á quejarse de una cefalalgia intensísima, con un estado de agitación extrema, y que finalmente había tenido dos ataques convulsivos con pérdida del conocimiento. Aún pude yo sorprender el final de uno de estos ataques, francamente epileptiformes, con convulsiones generalizadas y cayendo después en coma, que duró aproximadamente media hora. Todavía tuvo otro ataque del mismo tipo, pero, por último, fueron cediendo todas las manifestaciones y el enfermo curó de aquel grave accidente post-neosalvarsánico, quedándole una amnesia absoluta de cuanto le había sucedido.

Investigando entonces antecedentes familiares nos dijeron que un hermano más pequeño padecía ataques epilépticos desde hacía muchos años, pero nuestro enfermo no había tenido nunca más que violencias de carácter y una impulsividad que inquietaba á veces á la familia. No volví, naturalmente, á ponerle neosalvarsán y continué el tratamiento con cacodilato sódico intravenoso, sin tener que lamentar accidente alguno.

El caso que acabamos de exponer nos parece altamente instructivo, aparte de las deducciones á que da lugar, porque las reacciones epileptiformes consecutivas al neosalvarsán, no están aún claramente estudiadas. Esto es debido probablemente á la rareza de los casos, ya que Thus y Ravant en el curso de 94.762 inyecciones han tenido solamente dos crisis epileptiformes (un en-

fermo inyectado con neo y otro con galy) y Harrison (1) dice tener noticia de cinco muertes ocurridas después de convulsiones epileptiformes en un total de 500.000 inyecciones. El mismo autor ha tenido un caso (que curó) con un ataque epileptiforme, seis semanas después de una serie de inyecciones. Como se ve, la gravedad del accidente justifica que, á pesar de su rareza, se llame la atención sobre él.

La mayor parte de los autores modernos (Thompson, Finger, Hazen) mencionan las crisis epileptiformes, solamente como un síntoma de los que constituyen el cuadro de la encefalitis, el accidente productor de las tres quintas partes de los casos de muerte producidos por los salvarsanes, según Meironsky y Kretzmer (2). Esto, que es una verdad innegable para aquellos casos de muerte seguidos de autopsia, no puede afirmarse con tanta seguridad en otros casos en que los fenómenos fueron pasajeros, como sucedió en el de Harrison, en el nuestro y en otros varios.

Nosotros nos inclinamos á considerar dos variedades de crisis epileptiformes consecutivas al neosalvarsán:

1.^a Las que no son, en efecto, más que un síntoma de la encefalitis hemorrágica. Estas son, sin duda alguna, las mejor estudiadas, y para su explicación se hacen entrar en juego tres causas que actúan aislada ó conjuntamente; la intoxicación arsenical, la reacción de Herxheimer y la intolerancia (3).

La intoxicación arsenical se explica ó por el empleo de una dosis inicial superior á la que la prudencia aconseja, ó por la acumulación de dosis que se han repetido con intervalos pequeños, ó en fin, por último, por la acción directa tóxica y muchas veces imposible de prever, del neosalvarsán sobre los vasos, según han demostrado experimentalmente Marschalko, Ricker y Knappe (citados por Finger [4]), corroborando las ideas de Meyer y Gottlieb, que consideran el arsénico como un tóxico electivo, no del sistema nervioso, sino del vascular.

El papel de la reacción de Herxheimer en la producción de encefalitis ha sido defendido, sobre todo por Ormsby (5), el cual la considera como la causa principal, aunque no exclusiva.

Por último, la intolerancia se presenta en algunos individuos, á pesar de todas las precauciones imaginables, tanto en el examen previo del enfermo, como en el empleo de dosis iniciales prudentes.

2.^a Las crisis epileptiformes debidas á determinadas condiciones individuales. En éstas intervienen de un modo mucho más eficiente, además de la acción tóxica del arsénico, las particularidades patológicas del sujeto, lo cual hace que si éstas se investigan bien, sean fáciles de evitar.

(1) HARRISON: The diagnosis and treatment of venereal diseases in general practice, *Ox. Med. Pub.*, London, 1919.

(2) PRART: Ergebn., a. d. Gebiete d. Haut- und Geschlechtsheilk., Wiesbaden, 1914.

(3) LEREDDE et JAMIN: *Bull. de la Soc. Franç. de Dermat. et de Syph.*, Enero 1914.

(4) FINGER: *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*, 2.^o Teil, Leipzig und Wien, 1911.

(5) ORMSBY: *Jour. Am. Med. Ass.*, 1917.

mente evitables, al menos en parte, aquellos accidentes.

Una gran mayoría de esta variedad de crisis epileptiformes, la creemos constituida por epilépticos no diagnosticados (como probablemente sucedió en nuestro caso), en los cuales el neosalvarsán, aun á dosis terapéuticas, puede provocar un ataque de epilepsia convulsiva.

Volvemos, por lo tanto, á encarecer la necesidad de hacer un examen de los enfermos más detenido de lo que hoy suele hacerse antes de someterlos al tratamiento por los salvarsanes, con lo cual se evitarían cierto número de encefalitis hemorrágicas y casi todas las crisis epileptiformes de la segunda variedad.

De todos modos, los accidentes mortales han disminuido mucho en el transcurso de estos últimos años, como se deduce de las cifras extremas de la estadística del libro de Hazen (1) que demuestran que en el año 1910 hubo 16 muertes en 50.000 inyecciones, y en 1913 37 muertes en 2.000.000, á pesar de lo cual me parecen aconsejables las prácticas siguientes:

1.ª No comenzar en ningún caso un tratamiento con dosis superiores á 0,15 gramos de neosalvarsán ó la equivalente de los preparados similares, cosa que olvidan bastante á menudo aun los que usan diariamente los compuestos arsenicales.

2.ª Añadir al minimum de exploraciones que todo médico realiza ó debe realizar antes de la primera inyección de un compuesto de esta naturaleza (análisis de orina, auscultación detenida, *examen de la tensión sanguínea*, etc.), una investigación sistemática de los antecedentes personales y familiares en el sentido de una posible epilepsia, teniendo en cuenta que esta enfermedad ataca con frecuencia á varios hermanos y que, si no hereditaria en sí, está constituida sobre una base degenerativa hereditaria (Heilbronner), y

3.ª Si el caso fuese sospechoso, rebajar la dosis inicial á 0,10 gramos ó emplear el método de las inyecciones vacunantes de Daupré (2), análogo al de Besredka, que consiste en hacer una inyección intravenosa de $\frac{1}{4}$ á 1 centigramo del compuesto arsenical que se emplee antes de suministrar la dosis total.

Este procedimiento da resultados bastante seguros en la evitación de otros accidentes debidos al neosalvarsán y es de suponer que servirán igualmente para prevenir las crisis epileptiformes.

LA TRANSPLANTACIÓN EN CIRUGÍA (3)

POR EL
DOCTOR GOYANES

Otro problema interesante es el de la enervación del órgano transplantable. Según Vindo de Vecchi, la enervación del riñón produce alteraciones importantes en el epitelio de los túbulos, con alteración de la secreción urinaria; la orina es abundante, de poco peso específico y contiene albúmina

(1) HAZEN: Syphilis. Kimpton, London, 1919.

(2) LACAPÈRE: Le traitement de la syphilis par les composés arsenicaux. Masson-Paris, 1918.

(3) Véase el número anterior

y glóbulos rojos. Pero estas alteraciones no tienen gran importancia, como han demostrado otros investigadores; así, Floresco seccionó los nervios de un riñón, dos semanas después fué extirpado el riñón opuesto y el animal siguió viviendo sin trastornos en la secreción urinaria. Carrel hizo en el Instituto de Rockefeller, de Nueva York, un experimento todavía más demostrativo: en una perrita extirpó un riñón y enervó completamente el otro, dejándolo unido tan solo por los vasos y por el uréter; el animal siguió viviendo y segregando normalmente la orina.

La transplatación heteroplástica del riñón ha dado hasta ahora resultados negativos. Ullman intentó transplantar el riñón de una cabra en un perro. Carrel hizo la transplatación del riñón de un conejo en un gato; el animal siguió viviendo en estado normal, pero al cabo de algunas semanas el riñón se había reabsorbido completamente. En el año 1907 intentó Jaboulay la transplatación heteroplástica del riñón en dos enfermas que padecían una afección grave é incurable renal. En una de ellas implantó un riñón de cabra y en otra de un cerdo, en la flexura del codo, anastomosando los vasos renales con la arteria braquial y la vena basilica, pero el resultado fué la formación de flemones y la gangrena del órgano transplantado, que hubo que extraer al tercer día.

Transplatación del tiroides.—Todavía no se ha demostrado una persistencia funcional y anatómica duradera de la glándula tiroides transplantada, á pesar de haberse hecho numerosos ensayos en este sentido.

Desde que la cirugía vascular experimental alcanzó el grado de perfección que hoy tiene, se pensó en la posibilidad de transplantar el tiroides, mediante la sutura vascular. Los primeros ensayos hechos en este sentido, los debemos también á Carrel, en colaboración con Morel, en Lyon, en el año 1902; pero los resultados obtenidos entonces fueron negativos. El mismo autor, en 1905, en unión de Guthrie, extirpó el tiroides derecho de un perro grande, ligando todos sus vasos, á excepción de la arteria y la vena tiroideas, los cuales fueron seccionados muy cerca de la carótida y de la vena yugular interna, respectivamente. La glándula fué introducida durante pocos minutos en una disolución fisiológica de cloruro de sodio, y llevada luego al cuello, donde se anastomosó al extremo periférico de la arteria tiroidea con el central de la vena, y el periférico de ésta con el central de la arteria, invirtiendo, por tanto, la circulación en el órgano.

Once días después de la operación se entreabrió la herida, observando que la glándula estaba aumentada de volumen, pero tenía color y consistencia normales. Ocho meses después de la operación todavía pudo demostrar Carrel que el lóbulo glandular transplantado era palpable en el cuello y sufría la distensión sistólica vascular.

Poco tiempo después de los ensayos de Carrel, practicarón investigaciones en este sentido Stich y Makkas, los cuales, sin tener conocimiento de la práctica á colgajo recomendada por Carrel y Guthrie, escindieron el tiroides con la arteria tiroidea y un segmento parietal de la carótida, para facilitar la sutura de aquellos vasos excesivamente pequeños. La vena tiroidea, que también es muy pequeña, fué unida por medio de una sutura circular á la yugular externa, reducida artificialmente de calibre. De los tres experimentos hechos, en dos se obtuvo resultado favorable. Las glándulas se encontraron al hacer biopsia cincuenta y uno y doscientos cuarenta y cinco días después, en perfecto estado, con las suturas permeables, y el examen histológico demostró la normalidad de la glándula. Que la función fisiológica de la glándula transplantada era normal lo demostraron los autores extirpándola, y entonces se vió que el animal, hasta en-

tonces sano y alegre, se puso enfermo inmediatamente y murió á las tres semanas con todos los síntomas característicos de la tetania.

Borst y Enderlen hicieron también experimentos de transplatación de tiroides, pero con una técnica distinta de la empleada por Stich. En lugar de hacer la autoplusia llamada á colgajo, practicaron la extirpación de la glándula con los vasos tiroideos y un segmento de la carótida, que fué implantada por doble sutura circular, ya en el mismo sitio, ya en otros vasos y regiones, como el bazo y la región ilíaca; se disecó y extirpó la vena tiroidea con un segmento de yugular interna, implantándola luego en el mismo sitio; pero esta sutura de la vena fracasó varias veces, y entonces el trozo glandular transplantado prendió por invasión de los vasos de los tejidos de alrededor, para reabsorberse fácilmente. Mejores resultados obtuvieron estos experimentadores trabajando en las cabras por el mayor calibre de los vasos de estos animales.

Los experimentos hechos por Stephen H. Watts, en número de seis, dieron también resultados negativos, lo cual fué atribuido por el autor al escaso calibre de los vasos, y en especial de la vena tiroidea, que no excede de dos á tres milímetros, y al haber practicado los ensayos empleando la simple sutura de la arteria y vena tiroidea.

La transplatación del tiroides ha sido practicada también en el hombre. Borst y Enderlen la hicieron los primeros en un cretino de veinticinco años. Extirparon á una mujer de sesenta y dos años el polo superior de la glándula tiroidea con la arteria y vena tiroideas correspondientes, y un segmento de carótida y vena facial común; estos dos últimos vasos fueron injertados en la arteria humeral y en la vena cefálica, respectivamente, mediante doble sutura circular, y el segmento glandular, incluido en el pliegue del codo por debajo de la piel; pero á causa de la inquietud del paciente se produjo la dehiscencia sutural á los doce días de la operación y se eliminó la glándula transplantada.

En el segundo caso de los mismos autores se trataba de una muchacha cretina de once años, en la cual ya Schonborn había hecho la transplatación de substancia tiroidea en el bazo; se implantó mediante la sutura vascular en la arteria y vena axilares un trozo de estroma parenquimatoso extirpado á una joven; también en este caso se produjo una fístula á los catorce días, por la cual salía una pequeña cantidad de un líquido moreno, pero se cerró una semana después. La glándula transplantada se redujo en poco tiempo á un pequeño nódulo, en vías de atrofia, según los autores.

En el tercer caso, un medio cretino, emplearon la transplatación tiroidea con la misma técnica que en el anterior. También en este paciente se formó una fístula á los catorce días, que duró varios, reduciéndose el segmento transplantado á la mitad de su tamaño á las cuatro semanas de la operación. El resultado definitivo fué muy dudoso, según los autores.

En ninguno de los casos en que se llevó á cabo la operación se notó mejoría manifiesta en el desarrollo y estado de los enfermos, pero en ninguno tampoco se produjeron consecuencias desagradables.

De todos estos experimentos y ensayos en el hombre, parece deducirse que en la época actual no se ha demostrado la posibilidad de una transplatación fructuosa del tiroides en sus variedades homoioplástica y heteroplástica.

Transplatación del bazo. — La reimplantación del bazo ha sido ensayada dos veces en el perro por Carrel y Guthrie; la operación es relativamente fácil en los animales corpulentos. La transplatación del bazo de un animal á otro no se ha ensayado todavía.

Transplatación de los ovarios. — Los ensayos hechos por

Guaner, Grigorieff, Foa, Guthrie y otros de transplatación de los ovarios sin sutura vascular, han dado resultados muy favorables. Carrel y Guthrie han ensayado transplantar en el gato los ovarios por medio de la sutura de sus vasos (transplatación homoioplástica en masa), y los resultados obtenidos parece que han sido favorables.

Transplatación de las cápsulas suprarrenales. — Carrel y Guthrie han hecho cuatro veces la transplatación homoioplástica en masa de esta glándula. En dos animales las glándulas estaban degeneradas y atrofiadas; otros dos vivían al publicar estos ensayos y debían ser explorados más adelante.

Transplatación del intestino. — Esta operación fué hecha dos veces por Carrel y Guthrie, y consistía en tomar un asa intestinal con su mesenterio y sus vasos é implantar el segmento arterial tomado en la arteria mesentérica del otro animal. El asa intestinal tomó color normal en cuanto se restableció la circulación y el peristaltismo era muy manifiesto; pero ambos animales murieron á consecuencia de la infección, y en la autopsia se encontraron quistes gaseosos bajo la cubierta serosa del asa transplantada. Cree Carrel que durante la interrupción de la circulación en el asa para transplantarla, los gérmenes del intestino penetran en sus paredes y producen la infección. Los mismos autores han hecho la transplatación de un asa intestinal en el cuello, implantando los vasos mesentéricos en la arteria carótida y en la vena yugular; los dos cabos intestinales fueron suturados á la piel; también entonces el asa, á poco de ser transplantada, tenía aspecto excelente y se contraía, pero luego se formó un extenso flemón en el cuello que obligó á extraerlo. El objeto de esta transplatación era reemplazar el esófago cervical resecaado.

Transplatación del corazón. — La fisiología quizá alguna vez llegue á beneficiarse en este atrevido experimento de Carrel y Guthrie; en un caso transplantaron estos autores el corazón de un perro pequeño en el cuello de uno grande uniéndolo por medio de sutura circular la vena yugular y la carótida, seccionando este último con la aorta y la carótida pulmonar y en una de las venas cavas y vena pulmonar respectivamente. El corazón transplantado continuó latiendo durante algunos minutos, primero la auricular y después el ventrículo; el número de latidos era de 8 por minuto en vez de 100 que había ordinariamente en aquel perro. Dos horas más tarde se produjo trombosis y debió interrumpirse el experimento.

Otro experimento también muy interesante hicieron Carrel y Guthrie: extirparon en un gato de una semana el corazón y los pulmones con un segmento de aorta y vena cava y los transplantaron en el cuello de un gato grande; la aorta fué unida al cabo periférico de la carótida y la cava al cabo, periférico también, de la yugular, ambos seccionados. La circulación de las arterias coronarias se restableció inmediatamente y las aurículas comenzaron á contraerse; el pulmón se puso rojo y después de algunos minutos comenzaron á contraerse los ventrículos; á consecuencia del edema pulmonar que se formó se produjo una dilatación del corazón derecho y el experimento hubo de suspenderse al cabo de dos días.

Aun á riesgo de provocar la risa citaré de pasado el experimento de Guthrie de transplatación de la cabeza de un animal: en un caso en que la circulación estuvo interrumpida veintinueve minutos se observaron, dice Guthrie, al restablecerse la circulación, las funciones centrales y bulbares.

Proyecciones.

Núm. 1. Presento á ustedes un dedo con un quiste epitelial traumático, consecutivo á una picadura de un alfiler. Sin duda alguna el pequeño traumatismo desplazó hacia la pro-

fundidad algún elemento epitelial de la capa germinativa que proliferando sucesivamente y en posición heterotópica originó el quiste, pues aquí las condiciones normales de la piel, en la cual los elementos superficiales se van desprendiendo para ser reemplazados por otros de la capa profunda, han desaparecido para aquel elemento ó elementos desplazados. Se trata, por lo tanto, en estos quistes de una verdadera autotransplantación celular traumática.

Núm. 2. En esta proyección se ve una mano enormemente deformada por la cicatriz de una quemadura. Los dedos están doblados hacia el dorso.

Núm. 3. El mismo caso después de haber practicado un amplio injerto cutáneo á lo Wolfe Krause de la misma enferma, que prendió perfectamente. La deformidad persiste, pero muy corregida.

Núm. 4. Se ve en este caso el brazo adherido al tórax en gran extensión á consecuencia de quemadura grave.

Núm. 5. Representa el mismo paciente después de la aplicación de los injertos cutáneos. Ya el brazo está desprendido del tórax y puede elevarse.

Núm. 6. En esta proyección se ve una radiografía de un muñón de una amputación osteoplástica. El extremo de los huesos de la pierna se halla *calzado* por un fragmento óseo libre que se tomó en la parte periférica de la extremidad, es decir, de la porción amputada. El fragmento transplantado persiste íntegro, sin reabsorción.

Núm. 7. Esta proyección representa la radiografía del húmero fracturado, y en pseudartrosis.

Núm. 8. El mismo caso anterior, después del injerto (Knochenbolzum), que algunos meses más tarde se reabsorbió. Se trata de un caso interesantísimo en que se hizo tres veces el injerto. El primero prendió; pero una lesión traumática ulterior del brazo determinó nueva fractura y pseudartrosis. Después se injertó un fragmento de la diáfisis del peroné, que se reabsorbió. Más tarde un metatarsiano, que también se reabsorbió, debiendo resignarse el paciente á inmovilizar su brazo con un aparato protésico.

Núm. 9. Aquí se ve la radiografía de un cráneo que presentaba un foramen craneal en la región parietal consecutivo á una pedrada y trepanación subsiguiente. El enfermo tenía accesos de epilepsia jacksoniana. Se le hizo una osteoplastia á lo König-Müller y se reabsorbió el fragmento.

Núm. 10. Por esto se le hizo un injerto libre de la tibia, previa la escisión de las cicatrices de la corteza cerebral, tomado de la cara anterior interna y acompañado de un segmento cuadrado de fascia ó aponeurosis tibial, que se dobló sobre el hueso y se aplicó sobre el cerebro, reemplazando la duramadre. El fragmento óseo se ajustó al defecto óseo. El injerto, como se ve en la radiografía, prendió perfectamente.

Núm. 11. Esta proyección representa el antebrazo de un enfermo de tuberculosis ósea, que perdió el radio al practicar su escisión en la intervención operatoria. Se le hizo el injerto de un gran segmento de la diáfisis y epífisis superior del peroné de otro paciente, que se toleró más de un mes, pero al fin fué eliminado.

Núm. 12. Aquí se trata de un radiograma de la columna vertebral con mal de Pott. Se ha hecho el conocido injerto de Albee con resultado favorable.

Núm. 13. Para inmovilizar la articulación de la rodilla en la parálisis espinal infantil, se emplea la artrodesis (*operatio pauperum*). En este caso se ha hecho un injerto óseo formado de la tibia del mismo enfermo que atraviesa las extremidades óseas que forman la articulación. El resultado fué satisfactorio.

Núm. 14. Esta proyección no tiene interés para nuestro

asunto. Representa la radiografía de una *exostosis bursata* del fémur.

Núm. 15. Esta radiografía representa un enorme sarcoma perióstico de la tibia, que fué extirpado resecaando la mayor parte de la diáfisis tibial.

Núm. 16. Se le injertó en el defecto tibial casi toda la diáfisis del peroné del mismo lado, como se ve en este radiograma tomado tres meses después de la operación. Al año el enfermo cayó al suelo y se fracturó el injerto, y la fractura fué curada con un apósito enyesado.

Núm. 17. Es una radiografía del mismo paciente un año después. El peroné transplantado presenta el nudo del callo y un enorme grosor, casi igual al que tenía la tibia, cuyas funciones desempeña (ley de la adaptación funcional de Wolf).

Núm. 18. Es el radiograma de un quiste sarcomatoso de la cabeza del peroné.

Núm. 19. Representa esta radiografía un sarcoma central mielopláxico de la tibia. Se le extirpó y se injertó el peroné del lado opuesto.

Núm. 20. Esta radiografía, tomada tres meses después de la operación, representa el lado sano, en el cual sólo hay tibia, pero no peroné, que se transplantó en el lado resecaado.

Números 21, 22, 23 y 24. La pierna enferma del mismo paciente. Se ve el peroné transplantado en el defecto tibial y el peroné propio de este lado con evidentes señales de invasión sarcomatosa por un á modo de contagio. En una segunda operación se le extirpó el peroné, de tal manera, que en la pierna enferma sólo quedó el peroné injertado.

Núm. 25. El mismo á los catorce meses, después de extirpado el peroné.

Núm. 26. El mismo á los dos años. Se ve cómo el peroné ha engrosado para soportar el peso del cuerpo.

Núm. 27. Representa otro caso de sarcoma tibial en una enferma, en la cual se resecaó la tibia y se injertó el peroné.

Núm. 28. La misma enferma después de la operación del injerto.

Núm. 29. La misma á los dos meses.

Núm. 30. La misma á los cuatro meses.

Núm. 31. La misma. Se produjo una ligera infección con osteitis del segmento peroneal transplantado, eliminándose un fragmento parcial del injerto. Esta proyección es la fotografía del segmento de injerto eliminado.

Núm. 32. La misma en Octubre de 1917. El injerto prendido.

Núm. 33. Representa la radiografía de otro caso de sarcoma tibial. Se resecaó la tibia y se hizo injerto del peroné.

Núm. 34. El mismo caso. Se ve el injerto del peroné de la pierna sana, que prendió perfectamente.

Núm. 35. Caso de injerto homoioplástico en un caso interesantísimo. La paciente tenía un sarcoma de la extremidad superior de la tibia. Se resecaó el año anterior. Al año de la operación se le injertó la extremidad inferior de una tibia de una pierna amputada de otra enferma. Por motivos que no son del caso, el injerto preparado y constituido por la mitad inferior de la tibia y un gran trozo peroneal enchufado en el canal medular á modo de pivot, se conservaron en suero fisiológico durante un mes, después del cual se injertaron en el defecto óseo de la paciente.

Números 36, 37 y 38. Radiografías de un caso de sarcoma de la extremidad inferior del fémur. Se hizo la resección y el injerto del peroné, pero fracasó por hallarse los vasos comprimidos y aparecer gangrena, teniendo que amputar.

Núm. 39. Representa otro caso de sarcoma de la extremidad inferior del fémur. El injerto del peroné fracasó como en el caso anterior.

Núm. 40. Otro caso análogo al anterior, seguido de amputación.

Núm. 41. Representa la fotografía de injertos venosos en arterias hechos en los perros el año 1905.

Núm. 42. Rinoplastia con injerto cartilaginoso.

Periódicos médicos.

OTORRINOLARINGOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Laringuectomía y radium en el cáncer laríngeo.—

El Dr. Falgar hace un estudio de los resultados por él obtenidos con estos procedimientos en el tratamiento de esta grave afección.

Su experiencia se basa en 37 laringuectomías y 19 tratados con el radium, detalla algunas de las más interesantes notas clínicas y termina con las siguientes conclusiones:

1.^a De los medios de tratamiento del epiteloma laríngeo, la laringuectomía es el que ofrece mayores garantías de éxito cuando la invasión es algo extensa, y en los intrínsecos limitados, la tirotomía y hemilaringuectomía seguidas de radiumterapia.

2.^a En los casos de invasión extrema y en las recidivas se obtienen algunas curaciones con el vaciamiento precervical; con la radiumterapia ninguna.

3.^a Los epitelomas muy circunscritos y con escasa infiltración pueden curar practicando la intubación radifera inmediatamente de extirpado el tejido neoplásico.

4.^a Siempre que esté indicada la tirotomía, y en los casos tributarios de la hemilaringuectomía, la radiumterapia, después de practicada la intervención, constituye un complemento de la misma para asegurar el éxito. (*Revista Española de Laringología, Otología y Rinología*, Noviembre y Diciembre, 1919.)

2. Tratamiento de las otitis medias agudas supuradas con mastoiditis por autovacunación.—El doctor Esteban González refiere la siguiente interesante nota clínica:

En Mayo de 1917 fué cuando, llamado en consulta por el distinguido compañero doctor Tinture, observé el caso siguiente:

Señora de treinta y tres años, diabética, que hacía unos cincuenta días era visitada por dicho compañero, y á la que hacía cuarenta y cinco días le había practicado una amplia miringotomía en el cuadrante anteroinferior del oído derecho, como consecuencia de una otitis media aguda, la que había eliminado bastante pus amarillento, y la que, á pesar del tratamiento, no se modificaba.

Estado actual.—Oído externo normal, tímpano enrojecido y con una amplia abertura en el sitio indicado, por la que se efectuaba un buen desagüe; dolor retroauricular, espontáneo, que se extendía hacia la nuca y frente del mismo lado; tumefacción edematosa de la piel, que recubre la apófisis mastoides del mismo lado, con dolor á la presión; surco retroauricular bien marcado; no existe caída del conducto; temperatura 37°,4, á las diez de la mañana, hora del reconocimiento.

Diagnóstico.—Otitis media supurada aguda con mastoiditis.

Tratamiento.—Por el momento, le prescribimos fomentos calientes sostenidos con compresa eléctrica; lavado del oído con agua esterilizada, para poder recoger al siguiente día el pus en buenas condiciones para analizarle y preparar, si hubiera lugar, su autovacuna; al mismo tiempo se ordenó hacer un análisis de orina, que dió el siguiente resultado, según el

doctor Ozalla: Glucosa, 34,07 gramos por litro; acetona, 0,15 gramos; ácidos diacético y oxibutírico no existen.

Una vez recogido el pus, se siguieron aplicando fomentos calientes, y se le hacían cuatro curas diarias, con lavados de la solución de *formaldehído* al milésimo; instilaciones de fenol cristalizado, un gramo; glicerina pura, 20 gramos; otras, baños de agua oxigenada á diez volúmenes, tibia, y desagüe con tiras de gasa esterilizada.

A pesar de lo riguroso del tratamiento, y efectuarse el desagüe del pus muy bien, los dolores y más síntomas no se modificaban, en vista de lo cual, y teniendo en cuenta el resultado del análisis del doctor Torres Grima, que dice:

«La investigación directa del pus, en cuanto á gérmenes, resultó negativa»; se recurrió á cultivos, con el doble fin de investigar la naturaleza y aprovechar los cultivos para la preparación de la autovacuna.

Se hicieron siembras directas en agar ordinario, caldo y agar con glucosa al 4 por 100, teniendo en cuenta que se trataba de una diabética; veinticuatro horas estufa; resultó, en los medios ordinarios, escasas colonias de estafilococos; en el agar glucosado, extraordinario desarrollo de colonias de estafilococos.

No obstante de aparecer puro el cultivo, se hizo un nuevo pase de colonia aislada en medio glucosado, y de este segundo que cubrió en diez y ocho horas, se tomó para confeccionar las vacunas.

Se diluyó un tubo por 3 c. c. de suero y hecho recuento por comparación con los glóbulos rojos, según el método ordinario.

Se prepararon ampollas que contenían: el número 1, medio millón por c. c.; el 2, un millón; el 3, tres millones; el 4, cinco millones; el 5, ocho millones.

Se le aplicó una inyección de 1 c. c. de medio millón, á las diez de la mañana; próximamente á las doce horas empezó á aumentar gradualmente, llegando hacia las catorce horas á ser mucho más intenso el dolor, mayor sensibilidad á la presión sobre la apófisis, pesadez de cabeza, insomnio, estado nauseoso; temperatura, 37°,8, pulso, 120, y gran agitación nerviosa; pero el fenómeno más notable que nos llamó la atención fué la intensa reacción flojística en toda la región, pero principalmente del tímpano y oído medio, con exudación serorrojiza, visiblemente pulsátil, que aumentaba por momentos; recordaba este fenómeno el surgir á borbotones de las peñas el agua cristalina.

Este cuadro, que nos puso en guardia, duró unas seis horas, y luego fué gradualmente disminuyendo, principalmente los dolores, temperatura, desapareciendo la agitación nerviosa, así como la reacción flojística pulsátil era más intensa; pero la serosidad seguía evacuándose en abundancia, desapareciendo lo sanguinolento hacia las cuarenta y ocho horas.

A las sesenta y dos horas, nueva inyección de 1 c. c. conteniendo un millón, obteniendo hacia las doce horas un aumento de los fenómenos observados en la primera y empezando á ceder próximamente á las veinticuatro horas de aplicarla, notándose, á las setenta y dos horas, que el edema de la piel mastoidea desaparecía, y que el tono de coloración del tímpano era bastante menos enrojecido, y la temperatura había descendido á 36°,5; pero la exudación persistía en cantidad como en coloración.

Al cuarto día se le aplicó la tercera inyección de tres millones, aun cuando la reacción flojística fué muy intensa, pues aumentó aún más que las veces anteriores la cantidad de la supuración y en forma también pulsátil; no obstante, no tuvo ni dolores, ni agitación nerviosa, ni sensibilidad á la presión sobre la mastoidea.

Esta trasudación fué disminuyendo rápidamente desde el segundo día, quedando en pocos días más desprovisto de toda supuración el oído.

Durante todo el proceso no se le dejaron de practicar las curas ordinarias.

A pesar de haber desaparecido la supuración se dejó abierto el tímpano una temporada, como medida preventiva, y se practicaba la cura seca.

Quedó completamente curada, con tímpano cicatrizado y audición normal.

CONCLUSIONES

En toda la otitis media aguda, una vez indicada la miringotomía, debe practicarse ésta y analizar el pus extraído, con el fin de establecer un buen diagnóstico etiológico y preparar la correspondiente vacuna.

La primera inyección debe ser de una dosis pequeña (según la edad) para evitar reacciones peligrosas.

Las inyecciones sucesivas se deben aplicar veinticuatro horas después de haber cesado los fenómenos de la reacción flojística producida por la anterior, y en dosis progresivas.

De la extraordinaria reacción flojística y abundantísima supuración serosanguinolenta, primero, y serosa después, creemos indicación precisa hacer un amplio desagüe.

En todo proceso agudo ó subagudo se debe siempre aplicar la correspondiente vacuna, que con ayuda de las curas ordinarias modificarán dichos procesos más rápidamente.

Si no hubiese lugar de preparar la correspondiente autovacuna, se debe aplicar la vacuna de stock (*Revista Española de Laringología, Otología y Rinología*, Noviembre y Diciembre de 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. Posibilidad de inyecciones intratraqueales líquidas sin espejo; comprobación experimental, por P. Cantonnet. (*La Presse Medicale*, 25 de Febrero de 1920).—Separadas las mandíbulas y mantenida en extensión forzada la lengua fuera de la boca, basta hacer respirar ocho ó diez veces al sujeto para abrir la glotis á través de la cual penetra el líquido. El paso del líquido á la tráquea ha sido comprobado en un caso por traqueoscopia á continuación de una inyección de azul de metileno.—L. P.

4. El isocronismo radio-femoral de las pulsaciones arteriales, por Mougeot. (*La Presse Medicale*, 25 de Febrero de 1920).—Se conserva el isocronismo hasta en sujetos en los que la velocidad de propagación de las ondas pulsátiles se aparta notablemente de lo normal, á condición de que no estén profundamente lesionadas las porciones torácica ni abdominal de la aorta. Desde el punto de vista dinámico, los aórticos abdominales se dividen en dos categorías, que la semeiología gráfica individualiza claramente: la forma terebrante, ectasiante, que implica el asincronismo radiofemoral por exceso de retardo femoral; y la forma «rigidificante», aceleratriz que produce el asincronismo por desigual avance femoral.—L. P.

MEDICINA LEGAL

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Transcendencia forense de la compresión del vago, por Teubner.—Mientras Haberda, Reimer y otros sostienen que la compresión del cuello en los ahorcados puede determinar la muerte instantánea, no por oclusión de las vías aéreas y perturbaciones de la circulación cerebral, sino por parálisis del corazón en diástole, efecto de la excitación mecánica de las ramas del vago, otros autores, como Placzek niegan el hecho.

El encontrarse en la autopsia de un ahorcado con que faltan las señales de la muerte por sofocación puede tener, gran transcendencia jurídica.

Afirma Teubner que la compresión más ó menos intensa del cuello, como en un intento de estrangulación, particularmente en pacientes predispuestos (arterioesclerosos, lesiones sífilíticas terciarias del miocardio, etc.), puede sobrevenir la muerte por parálisis cardíaca; y en apoyo de su opinión refiere el siguiente caso:

Hombre de setenta y ocho años, arterioescleroso, con ataques de angina de pecho. Gran hipertrofia cardíaca, ruidos cardíacos atenuados, soplo sistólico perceptible principalmente en la aorta. Pulso irregular, que da de 80 á 90 pulsaciones por minuto; arterias rígidas. Presión sanguínea 149/90 Riva-Rocci. Según el electrocardiograma, en el paciente se trata principalmente de extrasistolia auricular. La investigación de la presión del vago por el procedimiento de Czarmak ejercía muy pronunciada acción cronotrópica negativa, es decir, una ligera y corta compresión de las ramas del vago sobre las carótidas, ya á la derecha ó á la izquierda, producía inmediatamente notable retardo del pulso, mareos y zumbido de oídos.

A los catorce días de haber ingresado en la clínica, durante un descuido de los enfermeros, á los que había quitado una cuerda, el paciente se ahorcó.

Autopsia: En el cuello señales típicas de estrangulación por suspensión. Manchas equimóticas, particularmente en la mitad inferior del cuerpo. Esclerosis coronaria y aórtica, aneurisma del ventrículo izquierdo, insuficiencia aórtica; repleción de sangre en los vasos abdominales.

No existían petequias conjuntivales ni otras extravasaciones sanguíneas externas. Tampoco existían, como generalmente ocurre en la muerte por suspensión, hiperemia venosa pulmonar ni equimosis subpericardíacas ni subpleurales. Parece, pues, que la muerte sobrevino, no por sofocación, sino por parálisis cardíaca. (*Deutsche Med. Woch.*, 18 de Marzo de 1920).—L. P.

DERMATOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Consejos dermatológicos para el médico práctico, por el Dr. Joseph —V. Enfermedades cutáneas parasitarias. a) Tricoficia. Es una enfermedad que se suele adquirir en las barberías y se presenta á los dos ó tres días de realizado el contagio. En cuanto aparece el primer círculo de herpes tonsurante hay que tratarle con energía; la tintura de iodo no basta; se empleará el jabón de ácido salicílico al 10 por 100 en pincelaciones tres veces al día durante cuatro. Todo este tiempo y los cuatro días siguientes no se lavará la cara de las regiones embadurnadas, para dar lugar á una descamación abundante. Con esto no se queda satisfecho el autor, sino que hace que el enfermo se depile la región atacada con unas pinzas; al mismo tiempo le prohíbe afeitarse en las seis semanas inmediatas; lo que sí puede hacer es cortarse la barba con una máquina que deje pelos de $\frac{1}{2}$ milímetro de largo, y esto tan á menudo como quiera. Con este tratamiento tan sencillo se obtienen éxitos, aunque naturalmente no falta alguna que otra recidiva. Los nuevos círculos que aparecen se van tratando de igual manera. Hay casos rebeldes, en los que á pesar de este tratamiento se desarrolla una sicosis parasitaria. Es que el hongo ha penetrado en los folículos pilosos y ocasiona una infiltración perifolicular que clínicamente se nota por la existencia de nódulos. En este caso el método más enérgico es la depilación roentgenoterápica. También á este fin basta la irradiación superficial dando una dosis completa ó dos medias dosis separadas por

unos días de intervalo. Mas como quiera que la depilación consecutiva á la irradiación no empieza hasta catorce días después de ésta, debe el enfermo depilarse lo que pueda, con lo que ahorra tiempo. Al mismo tiempo hace que se apliquen fomentos de sublimado al 1 por 1.000, y durante la noche una pomada hecha á base de cloroamido de mercurio.

En muchos casos han acelerado evidentemente la curación las inyecciones de trementina según el método de Klingmüller. Se emplea una solución al 20 por 100 de aceite de trementina en aceite de olivas y se inyectan dos decimas de centímetro cúbico en la línea axilar posterior, próximamente dos traveses de dedo por debajo de la cresta ilíaca. Mas como quiera que para la práctica general este sitio de inyección requiere alguna experiencia, puede inyectarse la trementina con el mismo resultado, aproximadamente, tres veces á la semana en cualquier punto de la región glútea. Como medida profiláctica cada día se afeitará el enfermo á sí mismo.

La limpieza más exquisita en la barbería no sirve para evitar el contagio. Hay que distinguir en absoluto de este cuadro morbosos la sicosis vulgar ó no parasitaria, en el que se trata de un absceso de los folículos pilosos, mostrando cada pelo un grosor extraordinario é irritando por lo tanto el folículo. Este proceso es de marcha muy crónica. Así como en el caso anterior se prohibía afeitarse, en este es conveniente hacerlo á diario, porque se abren las pústulas y se liberan los folículos pilosos del pus que contienen. El autor hace aplicar la siguiente pasta:

Acido salicílico.....	2 gramos.
Azufre precipitado.....	8 —
Oxido de zinc y almidón.....	aa 20 —
Vaselina.....	C. s. para 100 —

Esta pomada se extenderá sobre las regiones enfermas. Son muy útiles los rayos X; por lo menos en la mitad de los casos el resultado es más rápido que con el tratamiento por las pomadas; sólo que hay que tener cuidado que no adquiera la piel de la cara el carácter atrófico cicatricial y que no se presenten telangiectasias. Terminado el tratamiento, el enfermo casi siempre tiene que prescindir de llevar barba; en caso de sicosis del labio superior, hay que tratar como medida profiláctica la rinitis crónica que suele acompañar á esta enfermedad. Es corriente en los niños que la tricoficia se extienda á la cabaza. Entonces se caracteriza por calvas redondas de 3 á 5 centímetros de diámetro, cubiertas de escamas blancas finas y adherentes. El pelo es quebradizo en estas manchas; su contagiosidad es muy grande. El único remedio es la depilación por rayos X. En una sesión se depilan las regiones enfermas, y quince días después empieza la caída del pelo, que termina por completo al cabo de treinta y cinco días. Al cabo de dos meses de calvicie vuelve á crecer el pelo. Es rara la localización de la tricoficia en las uñas onicomycosis tonsurante. El tratamiento medicamentoso es muy lento

Iodo puro.....	1 gramo.
Ioduro potásico.....	2 —
Agua destilada.....	1 litro.

La radioterapia es más activa. Para tratar el eczema marginal, ó sea una tricoficia con carácter eczematoso, se emplea la pomada de Wilkinson ó las pincelaciones con tintura de iodo; más rápida es la crisarobina en pomada ó en traumática del 1 al 2 por 100, pero recuérdese que se estropea la ropa interior. La roentgenterapia calma el picor, y por lo tanto, acelera la terminación de la enfermedad. Recordemos por fin la pitiriasis rosácea de agentes desconocidos que se trata aproximadamente como la tricoficia superficial.

b) Pitiriasis versicolor. El tratamiento consistirá en eliminar pronto las capas superficiales de la piel en las que habita el microesporo. De paso se darán pincelaciones con tintura de iodo, aceite de trementina ó el mismo tratamiento que para la pitiriasis rosácea. En casos de eritrasmas se hace desaparecer el microsporum minutissimum por la pomada de Wilkinson, las fricciones alcohólicas, ó en los casos tenaces la crisarobina y traumática al 2 por 100.

c) Tiña. Da gran resultado la roentgenterapia. Los hongos no sufren directamente influencia de ella, pero el arrancamiento mecánico de los pelos lleva consigo la supresión de los hongos.

Hay que irradiar toda la cabeza empleando un aparato que permita siete aplicaciones en una sesión (partes anterior y posterior de la cabeza, vértebras, delante y detrás de la oreja de cada lado), no hay que limitar la región con plomo; se darán cuatro quintas partes de la dosis total; en unas dos á tres semanas la cabeza está bastante regularmente depilada. Aunque sean pocas las lesiones, hay que tratar toda la cabeza. Por lo general, empieza la flojedad de los pelos desde la segunda semana, ceden á una ligera tracción, y á la tercera semana la alopecia es total. Con una buena técnica y depilación no debe quedar rastro de las regiones enfermas y la curación no se hace esperar.

Las recidivas sólo se presentan después de tratamientos mal hechos. Además, los antiguos medios de tratamiento de la tiña tienen aún su valor histórico. El favus herpetiformis del cuerpo es más fácil de curar. La onicomycosis favosa, en cambio, es más tenaz; para tratarla se cortarían las partes enfermas de las uñas y se empleará crisarobina al 2 á 5 por 100 en traumática, ó una pomada de pirogalol á la misma concentración ó solución alcohólica de sublimado al 1 por 100; si no basta se empleará también la roentgenterapia.

d) Sarna. El secreto del tratamiento de la sarna está en aplicar bien el medicamento en las regiones afectas. Para ello el antiescabiótico se debe dar cuando el enfermo está en la cama, y con el calor ha cesado el picor, señal de que los parásitos han salido á la superficie de la piel, por una parte, para satisfacer su necesidad de oxígeno, y por otra para proceder á la deposición de los huevos, entonces se frota el medicamento en las substancias interdigitales, en las articulaciones falángicas, en los lados de flexión de las muñecas, en los de extensión de los codos, en los pliegues de la axila, pero no en las cavidades de la misma. En el tronco se fricciona la piel por debajo del pezón, en la región del ombligo.

El pene se hace rodar entre las dos manos impregnadas del medicamento, después se pasa á la cara interna de las extremidades inferiores y especialmente de la rodilla y garganta del pie. Por último, se friccionan las nalgas. Este procedimiento hay que seguirle tres noches, y solo al cuarto día se da un baño.

De los medicamentos prefiere el autor, el peruol, pero es caro. Más barato es el ungüento napolitano compuesto.

Naftol.....	aa 10 gramos.
Creta blanca.....	
Jabón blando.....	50 —
Vaselina.....	100 —

ó bien una combinación de

Naftol.....	5 gramos.
Azufre precipitado.....	15 —
Vaselina.....	C. s. para 100 —

Para los niños es preferible la pomada de azufre al 20 por 100. Una sarna no complicada cura en poco tiempo. Si algún tiempo después del tratamiento vuelve el picor, es que han madurado algunos huevos y hay que repetir la cura.

Más dificultosa es esa cura si la sarna es antigua y se ha desarrollado un eczema que se irrita con el tratamiento de la sarna.

En este caso se empleará un tratamiento suave para el sarcptes y uno enérgico para el eczema.

Como profilaxia hay que evitar el trato íntimo con sarnosos. Los pediculis son ectoparásitos, y por tanto pueden propagarse por huéspedes intermedios.

Las manifestaciones de la pediculosis se curan haciendo tomar al enfermo, después de desinfectar la ropa, un baño jabonoso y curando las lesiones del rascado con pomadas indiferentes; los pediculi pubi se tratan con pomada gris ó con formalina. Si se produce una dermatitis artificial, se cura pronto con pomadas indiferentes. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 19 de Febrero de 1920.)

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el método de Mélamet. — Desde Julio de 1919 emplea A. Astruc este tratamiento, que consiste, como es sabido, en la administración del manganato cálcico-potásico (bactioxine), ya por vía rectal ó ya en inyección intravenosa.

La bactioxine, á juicio de Astruc, ejerce principalmente su acción sobre el bacilo tuberculoso, haciéndole desaparecer ó disminuyendo su número cuando está en mucha abundancia; los saprofitos son también atacados. El aspecto del esputo se modifica, haciéndose menos purulento, y terminando por ser salival, particularmente en los casos poco avanzados. Por otra parte, los sudores nocturnos cesan rápidamente, la tos disminuye, el apetito mejora, la disnea es menos pronunciada, la temperatura desciende. La pleurodinia en un caso que existía cesó; la hemoptisis, que no constituía contraindicación, se detuvo en tres casos.

Astruc ha practicado más de 250 inyecciones intravenosas sin más accidentes locales que las ligeras inflamaciones perivenosas señaladas ya por Mélamet, que ceden al empleo de fomentos, y en un caso una erupción cutánea, parecida á la urticaria, que se localizó en el brazo inyectado.

La inyección endorectal se empleó cuando el paciente presentaba las venas poco aparentes: los efectos son los mismos, pero la acción es menos rápida y se necesita doble dosis. La solución es bien tolerada por el intestino. El trabajo del autor va seguido de 12 historias clínicas. (*Le Concours Medical*, 4 de Abril de 1920). — L. P.

2. Un caso de hipertrofia mamaria curado con inyecciones de leche humana, por Patel. — Mujer de veinticuatro años, sin antecedentes patológicos, múltipara, que en Noviembre de 1918, tras una congestión pulmonar gripal, empezó á padecer hipertrofia mamaria, que rápidamente se acentuó.

En Enero de 1919, la aplicación de ventosas por el método de Bier no extrajo líquido ni produjo mejoría. En Marzo, bajo anestesia, se dieron puntos profundos de fuego, cuyo efecto fué pasajero. En Septiembre los pechos están enormes, muy dolorosos, muy tensos y con aspecto inflamatorio. Se practica un día sí y otro no, una inyección subcutánea de 5 c. c. de leche humana; á los quince días la mejoría es muy manifiesta y el dolor ha desaparecido.

En la actualidad la curación es completa y sólo durante las reglas se observa en los pechos algo de congestión.

La biopsia mostró los elementos mamarios en pleno reposo, con tejido adiposo normal y células conectivas de tipo joven.

Por su comienzo y por su curso, la hipertrofia tuvo ca-

rácter claramente infeccioso. (*La Presse Medicale*, 3 de Abril de 1920). — L. P.

3. Tumores múltiples de la cadera, consecutivos á inyecciones de aceite alcanforado, por Durand y Michon. — El paciente presenta en la cadera izquierda múltiples tumores en el hipodermis, mal limitados, duros, dolorosos y con el aspecto de la cáscara de naranja. Dos biopsias acusan microquistes con gotitas oleosas en el interior. En 1918, durante el curso de una afección gripal, había recibido el paciente 60 inyecciones de aceite alcanforado. La evolución de los tumores había estado en relación con las inyecciones.

Opina el autor que se trata de verdaderos «vaselinomas», análogos á los «parafinomas» y «canforomas» descritos por otros autores; generalmente son consecuencia de las inyecciones de aceite alcanforado fabricado con aceite de vaselina; tras un período de latencia del tumor, el aceite camina entre el tejido celular; los tumores son benignos, pues hay tendencia á la reabsorción. (*La Presse Medicale*, 3 de Abril de 1920). — L. P.

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento del prolapso rectal en los niños. — Von P. G. Plenz, en *Deutsche Med. Wochenschrift* (18 de Marzo de 1920), después de algunas observaciones anatómicas acerca de la génesis de la afección y de criticar los métodos usuales de tratamiento, aconseja el siguiente procedimiento:

De una de las regiones iliotibiales se disea un colgajo aponeurótico de doce centímetros de longitud y centímetro y medio de anchura; se deposita en solución salina fisiológica á 37°; por sutura tensa, se aproximan los bordes aponeuróticos, y se hace otra sutura cutánea.

En los varones se practica una incisión en el rafe, dos centímetros delante y detrás del ano; se moviliza la piel con tijeras de Copoer, se coloca debajo de ella el colgajo aponeurótico, y uno de sus bordes laterales se sutura al ano sobre un pequeño dilatador rectal introducido en este; el otro borde se fija por sutura entrecortada á la piel: en la incisión cutánea se colocan pinzas de Michel. Se da un toque de tintura de iodo en la herida, se espolvorea con dermatol y se coloca un vendaje en T.

En las niñas las incisiones se hacen á derecha é izquierda del ano, con lo que se dificulta algo que las impregne la orina.

De 6 casos operados así por el autor, en ninguno sobrevino fiebre ni reacción local; las pinzas se quitaron al quinto día, las deposiciones se efectuaron normalmente, y el prolapso no volvió á presentarse.

La edad de los niños operados varió de año y medio á cinco años. Desde que se operó á tres de los niños han transcurrido cerca de seis meses, de manera que se pueda juzgar duradero el resultado de la intervención.

En la actualidad se percibe claramente por la palpación la existencia del anillo aponeurótico; pero según dicen las madres, sólo cuando las deposiciones son muy duras aquejan los niños molestias. — L. P.

2. Neuralgia del trigémino curada por la sección de la raíz protuberancial de este nervio, por Leriche. — Hombre de cuarenta y cuatro años, que desde 1918 padecía neuralgia grave del trigémino, que comenzó en la región innervada del maxilar superior izquierdo. El mismo año se practicó el arrancamiento del nervio suborbitario en el fondo del suelo de la órbita. Tras una calma de tres meses, los

dolores recidivaron, principalmente en la región maxilar superior izquierda, siendo menos intensos en el territorio del oftálmico. En Mayo de 1914 se extirpó el ganglio cervical superior izquierdo; la mejoría, poco marcada, duró sólo un mes.

Transcurren dos años durante los cuales los dolores, que se extienden á todo el territorio del nervio, son soportables. En Septiembre de 1919 las crisis reaparecen y se hacen subintrantes, resintiéndose gravemente el estado general. Se extirpa el ganglio cervical superior derecho; la sedación dura quince días y la neuralgia se establece de nuevo tenaz é intensa, determinando una verdadera caquexia.

En estas condiciones el autor decide la sección de la raíz protuberancial del trigémino. La operación fué fácil hasta el tiempo de la sección de esta raíz, que no podía ser vista. Raspando entonces con un estilite incurvado la cara interna del peñasco, se cortó sin verlo, bajo el seno petroso superior, lo que el gancho arrastraba. Para mayor seguridad se seccionó el nervio maxilar superior á su salida del ganglio de Glasser. La mejoría fué completa. (*La Presse Medicale*, 3 de Abril de 1920.)—L. P.

NEUROLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Estudio general de las lesiones de los centros nerviosos en la meningoencefalitis epidémica, por Beriel.— Señala el autor la frecuencia actual de las formas larvadas y tórpidas de esta afección, y llama la atención sobre la posibilidad de perturbaciones consecutivas, tales como la demencia precoz, el corea crónico y las mioclonias de tipo del *paramioclonus multiplex*. Ha practicado seis autopsias completas de enfermos de forma aguda y ha hecho numerosas preparaciones de las diversas regiones del sistema nervioso.

Principalmente es de notar alrededor de los vasos un exudado de células inflamatorias, de tipo linfocitario, que invade la zona linfática perivascular y constituye una vaina envolvente para todo el vaso. Estas lesiones inflamatorias están muy difundidas, pero son muy superficiales y no destruyen el sistema nervioso, lo que explica la ausencia de atrofia y de trastornos degenerativos; parece que predominan en el pedúnculo cerebral y, sobre todo, en el *locus niger*.

En el corea, la rabia y el tétanos no hay alteración perivascular tan caracterizada. Estas lesiones se acercan mucho á las de la parálisis general, pero en ésta son confluentes, principalmente cerca de la corteza, y se atenúan á medida que se alejan de ella, mientras que en la encefalitis letárgica siguen una progresión inversa. Algunos cortes muestran alteraciones meníngeas en cúpula como en la parálisis general.

En resumen, en la encefalitis pueda decirse que se trata de un «fuego de paja», en tanto que en la parálisis general la evolución subaguda permite la aparición de lesiones secundarias, que motivan la demencia. (*La Presse Medicale*, 3 de Abril de 1920.)—L. P.

BIOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Acción anómala de la adrenalina en los viejos, por Arnstein y Schlesinger.—Los experimentos se hicieron en 50 pacientes que tenían cerca de sesenta años, de cuya edad pasaban 39, siendo casi igual el número de hombres y mujeres; indujeron á emprenderlos los paradójicos resultados obtenidos al tratar la osteomalacia por la adrenalina.

Los viejos toleran peor que los jóvenes la adrenalina, no

siendo raro que tras una inyección de ésta sobrevengan ataques estenocárdicos.

La contracción de las arterias de órganos muy irrigados (intestinos, músculos, piel), lanzando gran cantidad de sangre al corazón, requiere de éste mayor trabajo: en los sujetos sanos dilatándose las coronarias facilitan aquél; cuando las arterias coronarias están ateromatosas, en vez de dilatarse, persiste en ellas la contracción inicial que determina la adrenalina, y la angina cardíaca se presenta.

He aquí las conclusiones que establecen los autores.

Tras una inyección subcutánea de adrenalina, de 0,3 á 0,8 décimas de miligramo, después de momentánea hipertensión, se presenta en los viejos bien hipotensión (á veces inmediatamente de la inyección y persiste varias horas), ó bien bradicardia sin cambio de presión sanguínea; sin embargo, frecuentemente la hipotensión y la bradicardia siguen una marcha paralela.

En los casos de debilidad cardíaca aparece taquicardia. En otros casos el descenso de presión sanguínea parece efecto de la excitación de los vasodilatadores por la adrenalina: la decalcificación del organismo podría favorecer esta acción vasodilatadora.

Algunas veces se presenta bradicardia sin hipotensión, ó bien no es influenciado el número de pulsaciones, quizás á consecuencia de alteraciones en el modo de reaccionar del aparato nervioso. El ataque estenocárdico tras la inyección de adrenalina sólo se presenta cuando las coronarias están ateromatosas. El espasmo de los vasos coronarios parece ser efecto de una reacción paradójica.

Sólo en el 10 por 100 de los casos se presenta glicosuria. (*Wiener Klinische Woch.*, núm. 49 de 1919.)—L. P.

UROLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Acerca del tratamiento de la distensión de la vejiga en casos de hipertrofia de la próstata, por el doctor Paschkis.—Una de las cuestiones de mayor importancia respecto de este tratamiento, es el instrumento con que se ha de intervenir. El autor se vale desde hace años de una sonda blanda de Tiemann núm. 13 ó 14, y si no basta ésta, recurre á la sonda de Mercier. Las precauciones de asepsia han de ser muy rigurosas, y á pesar de ellas son muy pocos los casos en que se lleva á cabo el tratamiento sin que se produzcan cistitis, uretritis ó prostatitis. Con el fin de evitar los inconvenientes del cateterismo muchas veces repetido, especialmente en enfermos muy delicados, aplicó el autor la sonda permanente delgada que se podía ocluir, y mediante la cual el enfermo evacuaba tres veces al día la cantidad de orina que deseaba.

En otros casos hemos podido aplicar una sonda ureteral, y entonces, dado el pequeño calibre del aparato, se tolera bien sin irritar la uretra; pero de todos modos, como no se puede menos de cambiar el instrumento, no siempre se puede evitar la uretritis, que á veces se convierte en cistitis. Hay un caso en que está particularmente indicada la sonda permanente, y es aquel en que el cateterismo se encuentra dificultado por alteraciones de la uretra ó por falsas vías, esto suponiendo que en casos de esta índole se consiga llegar á introducir una sonda. Además, para estas ocasiones queda como último refugio la punción de la vejiga, que diversos autores han practicado repetidas veces sin inconveniente al no, y cuando ha surgido ha sido por ponerse parte del contenido vesical infectado de antemano en contacto con el tejido celular subcutáneo. En estos casos, una vez después de la punción, ó se deja una fistula permanente, ó se hace que la herida se cierre antes de practicar la operación radi-

cal y se aguarda para realizar ésta á que la micción se haga voluntariamente, ó á que el cateterismo intermitente sea posible. La punción capilar se ha aconsejado, dada su inocuidad, incluso cuando hay una simple retención aguda no complicada.

Cita el autor un caso en el que él solo pudo practicar la primera vez el cateterismo con mucho trabajo y á la segunda le fué imposible, en vista de lo cual hizo la punción capilar, y como no quería repetir esta operación á menudo, ni hacer intentos de cateterismo que sabía iban á resultar inútiles, introdujo por el orificio del trocar una sonda de uréter y con ella consiguió el vaciamiento de la vejiga gota á gota para que no fuese demasiado brusco, pero sí de todos modos suficientemente rápido. Este medio de tratamiento de la retención de orina por la punción suprapúbica y el catéter á permanencia, da excelentes resultados en los prostáticos, no sólo para salvar la indicación de momento, sino para preparar al enfermo para la prostatectomía, de la que de ningún modo se debe prescindir. Funcionalmente los resultados de la prostatectomía practicada en enfermos preparados de esta suerte, no dejan nada que desear y el éxito que así se obtiene es mayor que el que se consigue haciendo vaciar la vejiga rápidamente, con lo que las paredes vesicales no pueden adaptarse á su contenido. Por eso hay quien cuando está evacuando la vejiga pide al enfermo que haga un esfuerzo para emitir orina, esfuerzo que no tiene otro objeto que el de hacer que las paredes de la vejiga se vayan acostumbrando á contraerse. (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 3 de Abril de 1920)

MEDICINA INTERNA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Sobre las graves alteraciones postdisentéricas y su tratamiento, por A. Forges.—Soldado de treinta y seis años, disintérico desde 1910. Las hemorragias intestinales y la fiebre mejoraron á los dos meses, pero en los años siguientes se presentaron recidivas más ó menos largas.

En 1915 se le diagnosticó en un hospital carcinoma, y en otro, en 1917, se dudaba entre el carcinoma y la tuberculosis del recto.

Al presentarse en la clínica del autor, en Abril de 1917, el paciente se halla muy demacrado. Corazón normal, disminución del murmullo respiratorio en los vértices pulmonares, espiración prolongada. Vientre retraído, no sensible á la presión, intensos dolores sacros. Por el tacto rectal se aprecia una infiltración dura, que reduce notablemente el diámetro del conducto intestinal, y que empezando inmediatamente encima del esfínter asciende hasta 4 ó 5 centímetros más arriba.

Examen rectoscópico. Por encima del esfínter se ven pequeñas y grandes granulaciones que sangran al menor contacto; aparecen como ordenadas en franjas, y llegan hasta 8 centímetros por encima del esfínter; la mucosa inmediata á ellas se presenta hiperemiada y tumefacta.

El examen microscópico de las heces fecales, de consistencia de papilla, no revela la presencia de bacilos tuberculosos ni disintéricos.

Se somete al paciente á irradiaciones endorectales con la lámpara de cuarzo; próximamente dura cada sesión quince minutos, y entre una y otra se dejan transcurrir tres ó cuatro días. A las 15 sesiones, notablemente mejorado el paciente, sin tenesmo ni dolores y habiendo casi desaparecido la infiltración mucosa, salió del hospital.

Expone el autor la historia de otros cinco casos análo-

gos, en los que la fototerapia produjo parecidos resultados. (*Wiener Klin. Wochenschr.*, núm. 49 de 1920.)—L. P.

2. La dilatación pulmonar frecuente en la sífilis. Contribución á la patogenia del enfisema, por A. Edelmann.

—Muchos casos de enfisema pulmonar idiopático, en los que no puede invocarse la influencia de tocar instrumentos de viento, parece que son debidos á la sífilis. Se observan en individuos de treinta á cuarenta y cinco años, en los que la infección data de diez á veinte años. Los síntomas por que más frecuentemente se caracteriza son descenso del borde pulmonar inferior, en el que la función respiratoria ya se conserva ó ya está interrumpida, aumento de sonoridad á la percusión, disminución de la zona maciza cardíaca y disminución de la amplitud de los movimientos inspiratorios.

La concomitancia de la sífilis de la aorta y del enfisema pulmonar es muy frecuente; se comprobó en 21 autopsias. Casi siempre las lesiones del cayado de la aorta son de origen sífilítico, mientras que las de la aorta torácica y abdominal son debidas á la arterioesclerosis.

La dilatación pulmonar y el enfisema sífilíticos se explican, ya por la acción destructora del espiroquete sobre las fibras elásticas del pulmón (lesión específica primaria del tejido elástico en el sentido de Weigerts), ó ya por localización de la sífilis en los capilares pulmonares, con desaparición secundaria de los tabiques alveolares. (*Wiener Klinische Woch.*, núm. 49, de 1920.)—L. P.

3. Diagnóstico clínico de los tumores cerebrales, por Beriel y Rollet.—Los autores presentaron tres series de preparaciones de tumores cerebrales al dar cuenta de sus observaciones en la Academia de Ciencias Médicas; unos son tumores fibrosos de origen meníngeo; otros, tumores cerebrales propiamente dichos, gliomas; los terceros, nódulos cancerosos metastásicos.

Los gliomas se desenvuelven en el espesor de la sustancia cerebral, sin límites precisos con el tejido sano. Clínicamente se manifiestan por síntomas generales, difusos (cefalea, vómitos, vértigos, etc.), pero no dan signos de foco. En esta variedad de tumores cerebrales la hipertensión del líquido cefalorraquídeo es constante, y mucho más pronunciada que en ninguna otra afección. Es imposible extirpar un glioma quirúrgicamente. Los tumores fibrosos de origen meníngeo son, por el contrario, tumores localizados, verdaderos cuerpos extraños que comprimen el hemisferio cerebral subyacente. Clínicamente se traducen, no por síntomas difusos, sino por signos de foco: crisis de epilepsia jacksoniana, fenómenos paréticos ó parálisis. No se acompañan de hipertensión del líquido cefalorraquídeo.

Entre los fibromas y miomas, enfermedades completamente diferentes, hay formas intermedias: son los tumores cerebrales secundarios, de diagnóstico generalmente fácil por la noción etiológica.

Para apreciar la tensión del líquido cefalorraquídeo es preciso servirse de un manómetro, como el de Claude. No se puede sacar ninguna conclusión respecto á este punto de la manera de salir el líquido; puede salir á chorro sin que haya hipertensión, y puede fluir gota á gota, á pesar de existir hipertensión notable.

Para evitar errores, antes de leer el manómetro conviene esperar cuatro ó cinco minutos, porque con frecuencia se observa que la tensión del líquido, muy alta al principio como consecuencia del esfuerzo hecho por el paciente, disminuye á los pocos momentos. (*La Presse Medicale*, 3 de Abril 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.

En la Real Academia de Medicina.—El pago de los titulares.—Antecedentes.—Estado actual.—Solución.—Un triunfo personal.

El domingo 18 se celebró con verdadera solemnidad el ingreso en la Real Academia de Medicina del ilustre especialista en enfermedades de la infancia, Dr. Sarabia. En el número suplemento que estamos confeccionando damos cumplida cuenta de esta recepción, concurrida como ninguna otra y solemne como pocas. El último incidente provocado por la intervención del presidente de la Academia, abrió la serie de acontecimientos, poco resonantes y notorios, pero importantísimos para la clase médica rural en su presente y en su porvenir.

Nuestros lectores recuerdan bien cuáles son los antecedentes de este asunto. Después del Real decreto refrendado por el Sr. Ruiz Jiménez á ruego y con colaboración de quien jamás abandona ni ha abandonado el asunto vital del pago de los titulares, se creyó haber obtenido una definitiva victoria, y tal hubiera sido lógicamente lo que ocurriera en otro país en el que la resistencia pasiva de las autoridades no tuviese la fuerza definitiva que en España tiene desobedeciendo con descaro los mandatos de la Superioridad y en el que, al propio tiempo, los interesados no hiciesen abandono de sus derechos, y acudieran en demanda de justicia para su reconocimiento por las autoridades superiores. Los alcaldes continuaron haciendo de las suyas, es decir, no pagando; los gobernadores, sirviendo antes á los alcaldes que á la justicia, hicieron oído de mercader en la mayor parte de las ocasiones, y los médicos, ó por inercia ó por temor á represalias, no hicieron las vigorosas reclamaciones, que en los pocos casos en que se han hecho han resultado atendidas. Así las cosas, y á pesar de la Real orden del Sr. Gimeno, se afirmó el convencimiento de que solamente cuando las medidas coactivas sobre los Ayuntamientos tuviese carácter de ley, podría esperarse que el pago se garantizara en lo que á los contratos se refiere, es decir, en su estado actual, hasta tanto que pudiera con el carácter de inspectores sanitarios organizarse el Cuerpo de un modo definitivo, siquiera lo esté ya, y ni los interesados mismos lo crean, gracias á las perturbadoras insi-

nuaciones de los que pescan en el agua turbia de la indecisión y la desconfianza.

Aproximándose la discusión de Presupuestos, cinco veces fracasada, otras tantas se procuró obtener de los diferentes ministros, ó la consignación total del pago de los veinte millones de pesetas á que próximamente ascendería la cifra necesaria, ó la consignación de un precepto, que á guisa de lo que se hizo con los maestros en 1901, estableciera el principio del amparo y la tutela por el Estado en este asunto de conveniencia, equidad y justicia.

A lo primero todos los ministros de Hacienda se negaron por no creer que las Cortes votaran semejante aumento y por tener la certeza de que la oposición ya anunciada de los regionalistas y los vientos de autonomismo de las escuelas avanzadas, no dejarían prevalecer aquello, y con pedir lo más se perdería todo.

Por último, fué el Sr. Bugallal quien solemnemente ofreció á los Sres. Cortezo y Martín Salazar que llevaría á la ley de Presupuestos un precepto que garantizase el cumplimiento de las obligaciones de los Ayuntamientos con sus médicos titulares.

El señor conde de Bugallal cumplió caballerosamente su palabra y agregó al articulado de la ley de Presupuestos el precepto terminante y concreto que luego veremos. La Comisión de Presupuestos del Congreso, dominada por las corrientes de hostilidad y mal creencia que hacia los asuntos sanitarios y médicos ha manifestado, rechazó la propuesta del ministro y la ley salió del Congreso sin la mencionada adición.

Llegó el domingo último, presidía la sesión de la Academia el ministro de Hacienda por su íntima amistad con el beneficiario Sr. Sarabia; cuando el ministro dirigió frases de encomio á los Académicos y á la Ciencia médica española, el Sr. Cortezo en un vehemente discurso le recordó la parte de la profesión médica que, aislada en los campos, sufriendo las vejaciones del caciquismo y teniendo, sin embargo, una función humanitaria y patriótica que le está encomendada, ha sido la única que no ha obtenido la menor ventaja en el concierto de mejoras que las demás clases profesionales y sociales han obtenido; excitó al ministro de Hacienda á que, ya que había perdido la batalla en el Congreso,

ayudase á los que tenían el propósito de darla en el Senado y quizás de este modo se transformara en triunfo la derrota. El Sr. Bugallal, puesto de nuevo en pie, ofreció hacer lo que el Sr. Cortezo pedía, y dijo más, que aun en el caso de derrota, él buscaría camino para que los médicos rurales resultasen atendidos conforme á sus merecimientos y á la justicia.

Desde aquel momento los días de la semana transcurridos, hasta hoy jueves en que cerramos nuestro número, han sido de actividad y trabajo inconcebible para el que tomó el asunto por cuenta suya. Visitas y conferencias con los individuos de la Comisión, ruegos á los reacios, estímulos á los fríos, súplicas al presidente del Consejo, al del Senado, al de la Comisión, aclaraciones acerca de los equívocos existentes y de las suspicacias malignas que no cesan en su poco estimable labor, nada se ha desperdiciado ni omitido, y la enmienda del señor Cortezo, gestor único del asunto, se presentó en los siguientes términos:

«El senador que suscribe tiene el honor de presentar la siguiente adición al dictamen de la Comisión de Presupuestos acerca del articulado de la ley para el ejercicio económico de 1920-21:

En el grupo de disposiciones especiales se agregará una que diga:

«Disposición...—A instancia de los médicos forenses y de las Prisiones preventivas que perciben sus haberes con cargo á las atenciones carcelarias de los Municipios cabezas de partido, y de los médicos titulares, farmacéuticos y veterinarios afectos á todos los Ayuntamientos, excepción hecha de los de las Provincias Vascongadas y Navarra, y previa justificación de las sumas que se les adeuden, se decretará por el Ministerio de Hacienda la retención y embargo, con cargo á los ingresos municipales, como si fueran derechos del Estado, en los créditos figurados en los presupuestos respectivos, para pago de los haberes y emolumentos correspondientes á dichos funcionarios, haciendo directamente entrega á los mismos de las sumas que por consecuencia del embargo se hagan efectivas.»

Palacio del Senado, 19 de Abril de 1920.—*Carlos María Cortezo.*»

Llegó la noche de la sesión permanente del 21, y desde las cuatro de la tarde hasta las nueve y media de la mañana siguiente, pudo verse arrebujado en su gabán, viejo, casi ciego y casi enfermo, al que se había propuesto dar la batalla, costase lo que costase y fuese el que fuera el resultado obtenido.

Así llegaron las nueve y media de la mañana y entonces el presidente de la Comisión anunció que ésta aceptaba la enmienda con algunas aclaraciones que no modifican su fondo; el Sr. Chapaprieta, alarmado por una suspicacia como no la ha sentido

en sus tres meses de ejercicio de individuo de la Comisión, expresó que la enmienda era peligrosa y que los médicos tenían bastante para poder cobrar con los Decretos que en su favor se habían publicado en el año 902 (??). Entonces el Sr. Cortezo se levantó y en un breve discurso, vehemente y conmovedor, logró la aquiescencia unánime de la Cámara.

La enmienda fué aprobada. Dios se lo pague á quien dedica su entendimiento, su voluntad, su salud y su energía á lo que toda la vida lo ha dedicado sin esperanza ni deseo de recompensa, pues sabe que la tiene suficiente el bien en la satisfacción de haberlo hecho.

Resta ahora que la Comisión mixta que ha de juzgar el disenso entre el Senado y el Congreso, dirima la cuestión como es de esperar y en justicia. Los elementos enemigos se agitarán en contra; pero es de creer que los amigos, si es que los tenemos, no se dejarán ganar una partida que en tan favorables términos se encuentra planteada.

DECIO CARLAN

MEMORIAS DE UN PENSIONADO (ESTUDIOS DE MEDICINA HISTÓRICA)

POR EL

DOCTOR ALBIÑANA

IV

Un domingo en París, dígame lo que se quiera, resulta muy aburrido; la gente se aglomera asaltando las salas de espectáculos y formando largas colas de espera; el que pretenda conquistar una localidad aun para el más modesto cine, tiene que abrirse paso á codazos y empujones.

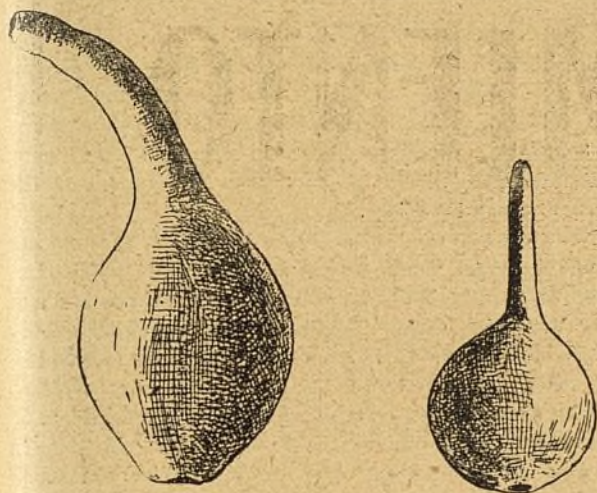
Así no es extraño que las personas prácticas, incapaces de resignarse á tan molestos estrujamientos, se decidan á abandonar la capital, y huyan, desparramándose por sus bellos alrededores. De estos parajes, ninguno tan encantador como Versalles, mansión de hadas, que aun en pleno invierno ofrece al visitante incomparables perspectivas y agradable estancia. Nada más higiénico é instructivo que este paseo; y haciendo honor á esta creencia resolví trasladarme al histórico alcázar, evocador de gloriosos tiempos y de ruidosas efemérides.

Recorriendo pieza por pieza las fantásticas habitaciones de los Reyes de Francia, parece escucharse todavía el rumor de las altas aventuras cortesanas; las sombras de la Maintenón, la Pompadour y de la Vallière nos acompañan á través de las cámaras y galerías; y en el Triánón, el espíritu de la infeliz María Antonieta parece vagar en súplica de una tranquila y eterna permanencia en estos lugares de ensueño.

Al pisar nuestra planta la Cámara de la Reina sentimos una emoción de grandeza; diez y nueve príncipes

y princesas de la Casa Borbón han nacido en este recinto solitario; todos desaparecieron; muchos de ellos ni siquiera han dejado recuerdo tangible de su paso; la muerte los igualó con el último vasallo y hoy se ofrece el castillo como un inmenso panteón de espectros.

La Democracia, señora natural del mundo, ha ido arrojando de estos pabellones todos los dominios de la realeza; de los soberbios muros penden hoy los lienzos que perpetúan la gloria militar de Napoleón, el audaz



Calabazas empleadas por los negros de Africa para lavados intestinales.

(Véase el artículo anterior.)

plebeyo de Córcega; y en el teatro donde la soberanía real distraía sus interminables ocios con divertimientos musicales, designa ahora la soberanía popular al presidente de la República.

No es esta ocasión propicia para hacer un estudio artístico acerca de Versalles, ni nuestra misión tiene nada que ver con semejante tema, para cuyo desarrollo carecemos de aptitudes. Pero la evocación histórica nos traslada á los siglos XVII y XVIII relacionando algunos acontecimientos médicos de este período con los diversos inquilinos regios que desfilaron por el palacio de Versalles, desde Luis XIII, su fundador, á Luis XVI. Y véase cómo un sencillito recreo dominguero nos proporciona asunto interesante y simpático para un breve estudio médico-histórico.

Cuando en 1624 el hijo de Enrique IV construyó en Versalles su primitiva residencia de caza, no podría imaginar que su sucesor, Luis XIV, había de agrandarla en proporciones que causaron la maravilla del mundo. La época de la fundación del palacio, y sobre todo la del nacimiento de su fundador (1601), coincide con la infancia del siglo XVII, cuya característica médica, en sus albores, fué la propagación de la célebre Rosa Cruz (R. † C.), aquella Sociedad médico teosófico-ocultista que, á partir de la reforma de Paracelso, venía causando estragos en el campo de nuestra ciencia, haciéndola perder seriedad y prestigio con sus exageraciones cabalísticas y sus absurdas interpretaciones. ¡Mentira parece que el siglo de Vanhelmont, Descartes y Sylvius haya sido tocado de aquella polilla anticientífica!

La enseñanza anatómica en la época que nos ocupa era una prolongación de la obra de Vesalio, rectificando á Galeno, y de Aranci, rectificando á Vesalio y á Falopio; los anfiteatros anatómicos estaban muy concurridos, y algunos grabados de entonces nos demuestran claramente su analogía con los anfiteatros actuales (1).

El propio cadáver de Luis XIII sirvió para demostraciones anatomo-patológicas, pues su autopsia, practicada por Moreau y de la Vigné, suministró detalles de interés. La relación de esta autopsia, escrita en latín, forma parte de *le manuscrit des Commentaires de la Faculté* y fué publicada por Dupuy en 1829. Es curiosa su traducción, de la que daremos sucinta idea; después de consignar el lugar y la hora en que se practicaba la operación y de citar las personas de la Corte que la presenciaron, procédese á la descripción de las lesiones y dice así:

«Se encuentran numerosas úlceras purulentas, saniosas, tabescentes, situadas en diferentes lugares, en el mesocolon, en los intestinos delgados; hay una en la extremidad del colon, que ha corroído y perforado el intestino; obsérvase una gran colección purulenta, dimanante de las glándulas y vasos putrefactos del mesocolon, acumulada en el bajo vientre y con la cual se hubieran podido llenar tres *resetarios*, medida de París. En el riñón derecho se encuentra un absceso pequeño que no ha debido tener ninguna influencia sobre la enfermedad. En el fondo del estómago hay un absceso más grande y algunos otros muy pequeños, fuliginosos, verdinegros, análogos á los que se han observado en el canal intestinal. La vesícula biliar, adherente al hígado, está casi vacía, y el hígado seco y arrugado, oprimido contra las paredes abdominales aplastándose en grumos. El lóbulo del pulmón derecho está adherido á la pleura por una caverna, grande y profunda, llena de pus.»

Este dictamen de autopsia, emitido en 20 de Abril de 1643, constituye una valiosa demostración de los conocimientos anatomo-patológicos en la primera mitad del siglo XVII.

Ocho fueron los médicos que asistieron en su última enfermedad al desgraciado Luis XIII, á saber: Lyonnet, Guilleméau, de la Vigné (á la sazón decano de la Facultad de París), Moreau, Charles, Séguin, Bouvard y Vautier.

En algunas obras, al citar á Guilleméau (Charles), se le confunde lamentablemente con su padre, Jacques Guilleméau, cirujano de Enrique IV, fallecido en 1609 y autor de varias modificaciones relativas á la trepanación. Su hijo, el Guilleméau que nos ocupa, murió en 1656 y se distinguió notablemente en la enseñanza anatómica; aunque su cargo preeminente de primer cirujano del rey le dió envidiable notoriedad, la alcanzó mayor defendiendo las prerrogativas de la Facultad de París en contra de las pretensiones de Montpellier, de cuya Escuela fué Constand el más ardiente paladín. En

(1) Hacemos nueva referencia al grabado publicado en el número 8.455.

esta lucha de ambiciones, cruzáronse libelos injuriosos y difamatorios, siendo lamentable que hombres tan eminentes como Jean Riollán y Guy Patin intervinieran desagradablemente en la contienda.



Un lavado intestinal en la Guinea.
(Véase el artículo anterior.)

René Moreau fué uno de los médicos más notables de su tiempo; en un elogio que de él hizo Jacques du Chevreul en el Colegio Real (1647), se afirma que Moreau «sabía todo lo que las bibliotecas contenían». Aunque no deja de haber exageración en esta frase, sirve para indicar la gran erudición del médico del rey, demostrada en sus estimables escritos, singularmente en su *Schola Salernitana, de valetudine tuenda*, impresa en París en 1625, de cuya obra hemos tenido la fortuna de adquirir, por 200 francos, un bello ejemplar; se trata de una valiosa recopilación de manuscritos relativos a la Escuela de Salerno, más extensos y menos defectuosos que los publicados hasta entonces y enriquecida con numerosas observaciones nuevas. Es una fuente copiosa y verídica para el estudio de la gran Escuela medioeval.

A propósito del apellido Moreau, repetido frecuentemente durante la Edad Moderna en la Medicina francesa, conviene hacer algunas aclaraciones para evitar confundir los hombres ilustres que lo llevaron. El médico de Luis XIII era hijo y padre de médicos; su progenitor, Mathieu Moreau, médico del duque de Alençon, no tuvo más notoriedad que la de su cargo ducal; pero sus descendientes, hijos de René, ocuparon, como su padre, eminente posición profesional; Juan Bautista, su primogénito, fué decano de la Facultad de París en 1672-73; y su segundo hijo, Juan Bautista René Moreau, fué consejero y profesor ordinario del rey, y doctor-regente de la misma Facultad.

Los que no retienen fácilmente las fechas, pueden confundir también a los miembros de esta familia ilustre, con otra gloria de la Medicina francesa, Luis Jacobo Moreau de la Sarthe, gran ideólogo del período revolucionario y profesor de Bibliografía médica é Historia de la Medicina en la Facultad de París; pero si te-

nemos presente que de René Moreau (1587-1656) á Moreau de la Sarthe (1771-1826) media un lapso de tiempo de cerca de dos siglos, desaparecerá toda posibilidad de confusión.

(Continuará.)

Se nos envían los adjuntos escritos, rogándonos su inserción.

A los médicos y á la opinión.

La Junta de Gobierno del Colegio de Médicos se dirige á todos los compañeros, haciéndolos saber que, según el acuerdo unánime de la Junta general extraordinaria, celebrada el día 8 de Abril, ningún médico debe aceptar cargo alguno profesional que dependa de la Junta de la Venerable Orden Tercera de San Francisco.

Nos dirigimos también á la opinión pública, para recabar su apoyo moral, ya que este grave acuerdo le ha sido impuesto al Cuerpo Médico por la intransigencia de la Junta de la Venerable Orden Tercera de San Francisco, que se obstina en destituir de los cargos de médicos del Hospital de la Orden á compañeros que los desempeñaron en legítimo derecho adquirido por oposición ó concurso y á completa satisfacción de los Hermanos con derecho á ser asistidos y sin que en el expediente que después de ser incorrectamente expulsados se les formó, por orden del ministro de la Gobernación, y por el que se da forma legal a la destitución, se les pruebe faltas de índole moral ó profesional que justifique la citada resolución.

Para que los enfermos hospitalizados no queden faltos de asistencia, los médicos injustamente destituidos en opinión de la clase, se presentarán á prestar sus servicios profesionales en el Hospital de la Venerable Orden Tercera, á partir del día 17 del corriente, que presentaron sus dimisiones los compañeros que actualmente los sustituyen.

El secretario,
F. COCA.

A los señores médicos de Madrid y su provincia.

La Junta directiva de la Venerable Orden Tercera de San Francisco de Asís ha recibido un oficio de la Presidencia del Colegio de Médicos, de Madrid y su provincia, en que se le notifica acuerdo conminatorio del mencionado Colegio, de que si en un plazo de ocho días no son repuestos en sus cargos los Sres. Gascuñana, Jiménez y Rodríguez Zabaleta, médicos destituidos en virtud del expediente resuelto el 11 de Marzo próximo pasado, las vacantes no serán ocupadas por ningún otro.

Sin perjuicio de que la Junta ejerza las acciones que las leyes le otorgan, dirigida por su letrado asesor, y de la seguridad de que no podrá consumarse el atropello y transgresión legal que supone el acuerdo referido, sin embargo, en la firme convicción del desconocimiento absoluto del asunto por la clase médica, que no cree representada por unos cuantos facultativos, y para que se entere el público en general, se hacen constar los siguientes hechos:

1.º El expediente de destitución fué incoado en ejecución y acatamiento de la Real orden de 10 de Noviembre próxi-

PAPELES YHOMAR

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

mo pasado, que estimó faltaban requisitos de forma en el anterior, y que fueron cumplidos, como es lógico, en el resuelto últimamente.

2.º Los cargos resultantes del expediente se pueden resumir en una hostilidad declarada á la Junta, manifestada por: A) una denuncia ambigua, tendenciosa, tardía y falsa, en cuanto fué sobreesfida; B) por la publicación de un folleto, cuyo contenido la Junta no ha tenido necesidad de destruir, pues lo ha hecho por ella la Real orden mencionada de 10 de Noviembre; C) la publicación de un periódico dedicado á injuriar las Ordenes Primera y Tercera, y D) consentir y alentar campañas de Prensa difamatorias para la Orden y su representación legítima.

3.º El Sr. Jiménez y García de la Serrana fué sometido, en Junio del año 1918, á un expediente gubernativo, por excesos en el lenguaje, intolerables, sobre todo, en un Hospital Franciscano, y otras faltas de régimen interior del Hospital, todas ellas comprobadas, principalmente, por declaraciones de las Hijas de la Caridad que prestaban entonces sus servicios en el Establecimiento y otros declarantes que figuran actualmente entre los secuaces del citado señor.

4.º En el mismo año de 1918, en el mes de Mayo, se dirigió á la Junta, por los tres señores hoy destituidos, un escrito subversivo, que retiraron ante la amenaza de una sanción disciplinaria, y en el mismo año de 1918 hicieron unas peticiones que fueron atendidas en lo que era factible hacerlo inmediatamente.

Todo ello puede comprobarlo cualquiera de los señores colegiados [por medio de los documentos pertinentes, con la única formalidad de solicitarlo de la Secretaría de la Orden.

Los hechos expuestos dan á conocer que la *arbitraria* Junta Directiva atendió las peticiones de los médicos, soportó sin sancionarlo un escrito subversivo suscrito por los mismos, y perdonó al Sr. García de la Serrana de toda corrección en el primer expediente. Ahora bien: lo que la Junta no pudo ya dejar de ejercer fué el derecho de legítima defensa y dejarse vejar, impune é injustamente, por quienes desconocían su autoridad y la atacaban con grave abuso de confianza, con lo cual la falta moral hubiese estado en ella, que con su pasividad revelaría, ó verdad de las imputaciones que se le hacían, ó falta de valor moral para ejercer la autoridad que le estaba encomendada.

A pesar del variado género de medios de ataque contra la Junta empleados, no se ha prestado ésta á hacer el juego á persona que deseaba, sin tenerla, que se le otorgase beligerancia, entrando en franca discusión con ella. Hizo más la Junta: suspendió la publicación de una Memoria acordada ya, por la razón expuesta y por no entorpecer ó coaccionar la acción administrativa ministerial; pero ella vará pronta la luz pública, y sin discusiones con nadie, expondrá hechos irrefutables y probados en todo momento; pero estas notas constituyen una atención y un aviso á la clase médica, á la que la Junta de la Venerable Orden Tercera ve con pena desorientada y desconcedora del problema, y espera que reaccionando, no permita se siga anunciando el cumplimiento del inhumano acuerdo promovido por interés personalísimo, no de clase, sino de algún señor colegiado, de dejar sin médicos un Hospital, aun en el supuesto, casi cierto, de su ineficacia coactiva, invalidada ya por las medidas adoptadas, por la Junta de la Orden Tercera.

LA JUNTA DE LA V. O. T.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 7 DE FEBRERO DE 1920

Un caso de pestañas en la cara anterior del ojo.

El Dr. MÁRQUEZ expone un caso extraordinario. Se trata de un hombre que sufre un traumatismo en el ojo izquierdo; un pedazo de acero terminado en punta hiere la esclerótica ya cerca del limbo corneal y se introduce en la cámara anterior, llevándose por delante las pestañas, que quedan allí enclavadas. Acusa tumefacción en los párpados, sobre todo el inferior, edema intenso, quemosis de la conjuntiva, vaciándose por la herida el humor acuoso. Con la lupa pudo contar nueve pestañas en cuatro grupos; las más, cerca de la abertura, salieron al menor esfuerzo.

Trata de la conducta terapéutica que debe seguirse: observado el caso inmediatamente, intervenir en seguida, siempre con gran cuidado, y aunque los instrumentos sean romos, pueden producir nuevo traumatismo, salir el humor acuoso y hasta una catarata traumática si el instrumento es cortante.

Cuando el Dr. Márquez vió al enfermo ya habían pasado bastantes días y se habían presentado fenómenos inflamatorios (iritis, pupila turbia, como también el líquido).

Habiendo inflamación hay que esperar para intervenir, y así lo hizo, siendo de la misma opinión el profesor Fuchs, de Viena, que se hallaba presente en la consulta. Pasado este período instiló dos gotas de atropina y le inyectó por vía intravenosa un centímetro de cianuro de mercurio en un centímetro cúbico de agua. Mejoró el estado del ojo, al punto que está casi normal; sólo queda una ligera desviación de la pupila hacia el sitio de la herida. Las pestañas son al presente cinco, y el estado inflamatorio ha disminuido considerablemente. La visión está apenas perturbada.

Concepto clínico de la actual epidemia de gripe.

El Dr. FERNÁNDEZ DE ALCALDE, académico correspondiente, interviene en la discusión promovida por el Dr. Hergueta en la sesión anterior, y después de dar las gracias á la Academia por el galardón que ha recibido al otorgarle el premio Nieto y Serrano, felicitó al Sr. Hergueta por su interesante disertación. Dice que es tal la transcendencia de este asunto, que rogaría á la Academia que tomara la iniciativa para formar una Comisión permanente que estudiase la etiología, sintomatología y terapéutica de la gripe, formando á manera de un bloque nacional con las distintas Corporaciones médicas similares, que puesta en relación con las del extranjero, realizara una labor en provecho de la humanidad.

Estudia luego la etiología de la gripe, cuyo derrotero es siempre de Oriente á Occidente, y explica esto diciendo que en el Asia Oriental, en el Turquestán ruso, confinando con el chino, existen unos territorios en que la gripe es verdaderamente endémica, y que exigencias de la moderna investigación, tanto durante la guerra como antes y después de ella, han hecho que la marcha emigratoria se haya efectuado hacia occidente, adonde llegaban los emigrantes, unas veces para sustituir á los pacíficos ciudadanos que aquí se habían convertido en beligerantes, y otras para tomar ellos

CARBOLAN

Pelrid's C.º, New-York.

Pomada al 6 % de carbol puro, antiséptica, antiflogística, antipruriginosa; para heridas, forúnculos, hemorroides, prurito vulvar, quemaduras de 1.º y 2.º grado, etc.

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

mismos carácter belicoso. Los habitantes de aquellos territorios no eran solicitados entonces del otro lado del Estrecho de Behring, hacia donde sólo iban en comitivas muy pequeñas, en tanto que el verdadero éxodo seguía la ruta occidental. Estos hombres que tenían dentro de su organismo los gérmenes de la gripe, crearon un nuevo ambiente en la Europa, primero oriental y después en occidental, llegando a producir los trastornos enormes de todos conocidos con motivo de esta infección. Esto explica el que se haya dicho que la gripe ha partido de aquí y se conozca en el extranjero la epidemia actual con el nombre de gripe española, cuando no es España el lugar en que ordinariamente anida el germen gripal.

Asegura que después de tanto como se ha discutido acerca de cuál sea el bacilo responsable de la gripe, siguen las dudas en este terreno. Parece que el bacilo de Pfeiffer es el que tiene más tristes posibilidades de poder ser considerado como tal hasta ahora; pero no hay que dudar que en unión de ese microbio se pueden encontrar en el organismo humano, como saprofitos, todos los que de él son huéspedes comunes y otros microgérmenes como el estreptococo, el neumococo, el parameningococo, etc., toda esa gama tan conocida de todo el mundo médico. Afirma que la misma marcha de la gripe indica que no puede ser un solo germen el responsable de la enfermedad.

Se ocupa luego de la sintomatología y patogenia y manifiesta que los síntomas de la epidemia actual tienen un carácter proteico, y que no puede decirse que sean los mismos exactamente con que está descrita la influenza del año 1889, ni menos, semejantes á aquellos con que clásicamente se describe la gripe en los libros. Recuerda á este tenor que estando tratando en el mes de Mayo de 1918 á un enfermo tuberculoso, un día le encontró incorporado, con fatiga intensa, pulso más alterado que lo de costumbre, y al auscultarle no percibió variación en los signos anteriormente notados; el enfermo se encontraba mal sin explicarse aquella molestia; poco después la disnea se acentuó, la circulación era irregular, se sentía morir y al siguiente día falleció. Certificó de tuberculosis, pero que luego, los hechos que se sucedieron pocos días después, vinieron á ponerle de manifiesto de que se trataba de la gripe epidémica.

De esto deduce que no sabiendo en realidad los derroteros firmes que pueden conducir al conocimiento del germen verdaderamente causante de la influenza, un cuadro clínico clásico, la terapéutica no puede estar fija en un alvéolo determinado; tiene que ser sintomático, porque en un momento hace falta acallar el dolor, disminuir la tos, etcétera, puesto que muchas veces tales molestias son menos toleradas por el paciente que la enfermedad misma; que lo que principalmente debe presidir en el juicio terapéutico es procurar rápida desintoxicación; procurar que todos los emunctorios sirvan para eliminar esa primera amenaza de la gran intoxicación, que el intestino evacúe con amplitud, que la piel produzca gran sudor para que la eliminación de toxinas sea en gran escala.

Hace notar que muchos médicos para producir diaforesis amplia acuden á los derivados del ácido salicílico, y advierte, que el uso de estos productos ofrece inconvenientes, porque después de ingerida viene adinamia, aun mayor muchas veces que la que tenía el individuo antes de tomar

estos fármacos, y obran á manera de cuerpo extraño, añadiendo una intoxicación á la otra que tenía el individuo. Refiere que para salvar estos inconvenientes él ha empleado el siguiente recurso: manda construir un arco de alambre resistente, que tenga una altura de unos 30 centímetros, mayor que el diámetro anteroposterior del tórax del individuo; los extremos de ese arco están unidos á dos listones de madera para que el arco quede siempre colocado en disposición vertical; el flexible de la luz de la alcoba se alarga para que pueda deslizarse por debajo de las ropas de la cama del enfermo y sirve para sujetar la bombilla al centro del mismo arco. Encendida la bombilla se observa que sin quemarse el enfermo le produce una verdadera sudación á discreción del médico, diaforesis que no tiene los inconvenientes que presenta la producida por procedimientos químicos.

Dice el Dr. Fernández de Alcalde que otros de los medios de facilitar la desintoxicación es el hacer que la diuresis sea lo más acentuada posible. Emplea la colestestina en inyecciones unida con preparados oleosos (alcanfor, estriquina, etc.), que producen el efecto eliminatorio de toxinas que se buscaba; igual ha ocurrido empleando la urea en inyecciones: 25 centigramos unidos á 10 c. c. de solución salina fisiológica. Cuando en algunos casos el organismo se niega á reaccionar á todo esto, propone que se haga una sangría de 300 á 400 y aun 500 c. c. de sangre, por lo regular en malas condiciones, y se introduzca por vía intravenosa igual cantidad de suero fisiológico, como un lavado de la sangre.

Habla luego, que en los casos en que nada ha conseguido, recurre á practicar el antiguo absceso de fijación. Cita el caso de una enferma que se moría á la carrera, le produjo un absceso de fijación en la parte superior del muslo, inyectándole 2 c. c. de esencia de trementina; á los tres días se formó un verdadero plastrón de pus; se dilató el flemon, dando salida á una porción de detritus. La enferma mejoró, y hoy sólo sufre ligeras molestias dimanadas de aquel absceso.

Termina su interesante intervención en el debate ocupándose de la cuestión de higiene, que es la gran terapéutica que compete á las colectividades, procurando exterminar los gérmenes en aquellos territorios en que habitualmente se hallan infestados; reclama de los Gobiernos y de las Corporaciones provinciales y municipales que se forme un Cuerpo de médicos experimentados, para que en todo momento impidan la invasión de una epidemia y estén preparados para combatirla, y, por último, propone la careta protectora, recomendada en muchos países, para médicos y personas que asistan á los enfermos griposos.

Estados febriles postinfecciosos.

El Dr. BAÑUELOS, corresponsal, interviene en lo dicho por el Sr. González Alvarez sobre dicha cuestión. Clasifica en dos grupos dichos estados: 1.º, en que la elevación térmica es muy moderada y sólo dura algunas horas del día. Para estos estados cree que puede haber otra explicación que la dada por el Sr. González Alvarez; es posible que estos casos de fiebre moderada y no constante, se deban ó á una pereistencia atenuada de la infección primitiva, ó á que ésta ha despertado estados morbosos que se encontraban latentes, y que hasta entonces no habían dado síntomas clínicos. Toda-

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. LABORATORIO PESQUI, Prím 25, San Sebastián.



vía presentan un interés mayor aquellos otros enfermos que después de curada la enfermedad primitiva, permanecen con temperaturas elevadas de 40° y más, con una constancia y regularidad chocante, y que, por otra parte, contrastan con el estado de salud manifiesta del sujeto. Llama la atención sobre este hecho, porque su importancia traspasa los límites de la Patología, y penetra en la Fisiología normal, porque demuestran que se puede vivir dentro de mayor fisiologismo normal, poseyendo casi constantemente una temperatura de 40°. Sería de desear que cuantos médicos descubran hechos semejantes los comuniquen al mundo médico, y que personas peritas en los estudios del metabolismo, y en todos los detalles de la exploración fisiológica y clínica, estudien estos sujetos, por si ello pudiera servir para descubrir nuevos horizontes a la ciencia.

Características clínicas de la actual epidemia de gripe.

Continuando en el uso de la palabra el Sr. BAÑUELOS, dice que encierra una gran importancia y tiene, á su juicio, un mérito extraordinario la comunicación del Dr. Hergueta, porque en ella se descubre y presentan nuevas facetas del problema clínico de la gripe; sobre todo la de que la gripe ataca intensamente al sistema nervioso, y en efecto así es, como ha podido comprobarlo en ocho casos que recientemente ha asistido, presentando perturbaciones muy exageradas y llamativas por parte del sistema nervioso de la vida vegetativa.

Al hablar del aparato circulatorio dice que ha encontrado discrepancia entre el pulso y la temperatura, pero no en la neumonía; se ocupa de las enteralgias gripales, de los trastornos observados en el aparato respiratorio del neumogástrico como inhibidor en el aparato circulatorio que explica su hiperfunción; de la descamación cutánea intensa que aparece en la convalecencia.

Termina llamando la atención la semejanza clínica entre la gripe y el sarampión en su conjunto clínico, en sus complicaciones, en la bacteriología y hasta en estados morbosos latentes como la tuberculosis.

El Dr. GONZÁLEZ ALVAREZ insiste en que los casos expresados, sólo el factor temperatura imperaba sin manifestaciones de protesta del organismo, no había perturbación fisiológica, se trataba solo de una hipertermia, de un desarreglo de la temperatura orgánica. Comparando esto con lo que sucede en la fiebre durante la infección como una recidiva, como una latencia de los gérmenes durante varios días, como ha manifestado el Sr. Bañuelos, meditando bien no puede admitirse, porque el caso expuesto de escarlatina, después de curado, aunque sobrevino alta temperatura, no hubo ni la estreptococia faríngea, manifestada unas veces, otras no, atacable unas veces, otras no; insuperable en algunas ocasiones. No hubo la menor alteración orgánica ni fisiológica en ninguno de los aparatos, en ninguno de los órganos de la enfermita de referencia, y sin embargo, la fiebre alta sobrevino, coincidiendo con el estado fisiológico perfecto, sin la menor perturbación, y á los tres días desapareció completamente pasando como pasa una nube de verano, sin dejar el menor rastro.

El Dr. González Alvarez habla de los experimentos realizados por un autor que demostró que el hecho era dependiente de los centros reguladores termógenos, para lo cual extirpó á varios conejos dichos centros, é inmediatamente

se producía allí una fiebre altísima, con la particularidad que los antitérmicos químicos no ejercían influencia alguna; y añade el Dr. González Alvarez: si esto es así, si las toxinas de la infección escarlatinosa y de todas las infecciones actuaran sobre los centros termógenos reguladores de la temperatura, así quitándoles y disminuyendo extraordinariamente su tono y produciéndose de este modo la fiebre, hay que buscar la causa de ese trastorno de la temperatura. Los fenómenos postinfecciosos son dependientes de las lesiones que las toxinas produjeron sobre el sistema nervioso eliminándolas después por los emunctorios naturales.

Dice que las toxinas son pirógenas y lo serían durante la infección activa, como durante la pasada, si quedaban sin eliminar dentro del organismo, de modo latente en un ganglio, en el hígado, etc., y en un momento dado, al quedar en libertad actuaron sobre los centros reguladores de la temperatura, y al eliminarse no queda en dichos centros lesión alguna, se restituyen en seguida al estado de integridad.

Termina contestando al Sr. Bañuelos respecto al origen de la gripe, y se complace mucho haber pensado igual que él como puede comprobarse en las actas de esta Academia del año último, en que decía que las primeras manifestaciones de la gripe procedían de la faringe, pues todos los griposos, antes que la fiebre y todas las alteraciones que la acompañan, presentan manifestaciones faríngeas, y que igual sucede cuando se trata de la difteria, si la laringe se halla lastimada, cuyo hecho ya lo demostró allá por el año 1890 en la Academia Médico Quirúrgica.

DR. CESALDO

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,5; id. mínima, 698,7; temperatura máxima, 19°,5; id. mínima, 5°,2; vientos dominantes, SO. NO. O.

Segue acentuándose la modificación que en el estado de la salud pública viene produciéndose en las últimas semanas. Descienden los afectos gripales y siguen los intestinales infecciosos adquiriendo gravedad sin aumentar en número. Los reumatismos articulares y musculares se mantienen en crecida proporción.

En los niños continúa la coqueluche y el sarampión, aunque sin verdadero carácter epidémico.

Crónicas.

Jubiléo del Dr. Cortezo.—El día 31 de Mayo próximo cumple los cincuenta años de médico nuestro director el Dr. Cortezo. Para la celebración de estas bodas de oro con la Medicina, preparan sus amigos algunas muestras de atención, entre las cuales figura la inauguración del modesto monumento que se está emplazando en el Retiro, la publicación de un número extraordinario de EL SIGLO MEDICO y algunas otras de que iremos dando cuenta á nuestros lectores. Para la confección del aludido número, se reciben originales en esta Administración hasta el día 20 de Mayo.

Primer Consultorio de niños de pecho (Gota de Leche).—Bajo la presidencia de la señora marquesa de Aguila Real, en representación de S. M. la Reina doña María Cristina, y del doctor Benavente, se ha celebrado la Junta anual reglamentaria, poniéndose en ella de relieve los grandes beneficios que esta institución reporta á las clases menesterosas auxiliándolas y educándolas. Se ha elegido nueva Junta directiva, y al final de la sesión se otorgaron premios á las madres que más se distinguieron en el cuidado de sus hijos.

Otra vez la viruela en Murcia.—Noticias recibidas de la capital levantina dan cuenta de que en algunos partidos

PEÑACASTILLO

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso.
Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo á la vez que higiénica.—Director: Dr. MORALES.—Santander

de la huerta y del campo se han presentado casos de viruela con caracteres alarmantes.

El alcalde ha ordenado la vacunación, que se hace en muchos sitios merced á la intervención de las fuerzas de la Benemérita y Seguridad.

Son verdaderamente lamentables estos espectáculos de incultura.

De la huelga de auxiliares de Farmacia.—Imparciales como siempre en este género de contiendas, y sin comentarios, reproducimos de la prensa diaria:

«El Tribunal Industrial ha dictado contra el patrono don Rafael Sánchez Barbiela la siguiente sentencia en pleito promovido por uno de sus dependientes, despedido con motivo de la presentación de las bases que dieron origen á la huelga:

«Fallo: Que debo condenar y condeno á D. Rafael Sánchez Barbiela á que en término de tercero día pague á Antonio Mambrieda López 25 pesetas en concepto de mesada; 75 pesetas por la manutención, y 17 pesetas por salarios devengados.»

También publican los periódicos políticos una relación de 52 farmacias que han firmado las bases y que no detallamos por escasez de espacio.

Del viaje del doctor Pettit á Madrid.—Las interesantes conferencias que desde el lunes 19 del corriente viene pronunciando en el Instituto Francés de la calle del Marqués de la Ensenada, el ilustre doctor francés Mr. Pettit, del Instituto Pasteur, de París, están sujetas al siguiente programa:

Lunes, 19 de Abril, á las seis y media.—«Los microbios. La obra de Pasteur y sus discípulos».

Miércoles, 21, á las seis y media.—«Las glándulas de secreción interna y la medicación opoterápica».

Viernes, 23, á las seis y media.—«La higiene de la ciudad moderna».

Lunes, 26, á las seis y media.—«Las enseñanzas biológicas y médico-cirúrgicas de la guerra mundial».

Miércoles, 28, á las seis y media.—«La vida de la célula y los infinitamente pequeños». (Con una película).

Además el día 27 de Abril, á las seis de la tarde, dará el mismo Sr. Pettit otra conferencia en el Instituto Alfonso XIII sobre: «La spirochetose icterohémorragique». (Con proyecciones).

Esta conferencia está destinada para los médicos y estudiantes de Medicina.

Conferencia Internacional de Higiene.—A la conferencia internacional de Higiene convocada á petición del Consejo de la Sociedad de Naciones y celebrada en la última semana en Londres, han contribuido con trabajos de reconocido mérito los representantes de la Gran Bretaña, de Francia, Italia, Japón y los Estados Unidos, y delegados de la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja Internacional, de la Oficina Internacional del Trabajo y de la Oficina Internacional de Higiene pública.

Entre otros, se tomaron los siguientes acuerdos:

1.º Creación de un órgano ejecutivo, con oficinas y servicios domiciliados donde lo esté la Sociedad de las Naciones.

2.º La Oficina Internacional de París formaría parte de la nueva organización, estudiando todas las cuestiones de orden técnico que le sean sometidas.

3.º Investigación de los medios de cooperación entre el nuevo organismo y las Sociedades de la Cruz Roja, así como del International Labour Bureau.

Para estimular la creación de esta organización permanente, ha tomado decisiones inmediatas para combatir el tifus en Polonia y evitar que se extienda por la Europa occidental.

Presidió la conferencia el vizconde Astor.

La mortalidad en los Estados Unidos.—El Negociado del Censo acaba de publicar el boletín núm. 41, conteniendo las estadísticas de la mortalidad en 1918. Los Estados de Illinois, Louisiana y Oregon han entrado á formar parte del área de la registración de la mortalidad, de modo que el boletín abarca una población de 81.868.104, ó sea 77,8 por 100 de la población total de los Estados Unidos. El número total de muertes en esta área ascendió á 1.471.367, correspondiendo á una mortalidad de 18 por 1.000, ó sea 3,8 por 1.000 más que la mortalidad para 1917, que fué 14,2. Se cree que este gran aumento se debe enteramente á la gran mortalidad causada por la pandemia de influenza.

Estadística de defunciones.—Según el Boletín de Esta-

distica Demográfica del Ayuntamiento de Madrid, el número de defunciones ocurridas en esta capital durante el mes de Marzo próximo pasado fué de 1.669.

En igual mes del año anterior las defunciones fueron 1.894, resultando una diferencia de 225 menos en 1920.

Legado importante.—Ya que alabamos constantemente los legados que en el extranjero se hacen coadyuvando al desarrollo de los fines del Estado por los particulares, transcribimos la siguiente nota comunicada por el Ministerio de Estado:

«El sábado 17 del actual ha sido entregado al señor ministro de Instrucción Pública, por el jefe de la Sección de Asuntos Contenciosos del Ministerio de Estado, un cheque de 804.422 pesetas con 15 céntimos, procedente de un legado hecho por el español fallecido en Buenos Aires D. Pedro Vila y Codina al Estado español para fines de enseñanza en España.»

Con radium, Rayos X y electricidad, aislados ó asociados convenientemente según indicaciones de las enfermedades, curamos cáncer, lupus, leucoplasias, bocio exoftálmico, reuma, gota, neuralgias, neurastenia, parálisis, tabes dorsal, dispepsias, gastralgias, dilatación, tumor ó úlcera gástrica ó intestinal, colitis mucomembranosa, prostatitis, cistitis y metritis crónicas, espermatorrea, tumores graves, cataratas en período de formación y en ocasiones lasya for- madas, úlceras, opacidades córneas, enfermedades piel ó cuero cabelludo, cicatrices deformes, afecciones crónicas imposible mejorarlas con ningún otro medio. Princesa, 58, Instituto Radiumterápico. Aplicaciones económicas.

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



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, *tifus* *gástricas*. A. J. y S. ESCOFET, Tarragona.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO:
FARMACIA ROBERT-Lauria 74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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

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