

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XV

Bilbao—Septiembre—1909

Núm. 177

DIAGNÓSTICO DE LOS TUMORES DE PROTUBERANCIA

Al publicar en LA GACETA MÉDICA DEL NORTE, órgano oficial de la Academia de Ciencias Médico-Farmacéuticas, este mi modesto trabajo, no aspiro más que á contribuir, como miembro que soy de ella, á su vida y prosperidad científica, así como á dar á conocer á mis compañeros dos casos clínicos interesantísimos por lo raros; de ellos poco se habla en los libros que ordinariamente maneja el práctico, y si en mi escrito encontraran mis profesores recopilado y bien observado lo que en estos enfermos se encuentra, me daría por satisfecho.

Enunciado el tema bajo el epígrafe de «Diagnóstico de los Tumores de Protuberancia», voy á pasar primero á un pequeño recordatorio anatómico, después al estudio anamésico y sintomático de los enfermos, para entrar acto seguido en la cuestión de fondo.

Esta región, llamada también mesocéfalo ó puente de Varolio, región que en unión de las siguientes formaciones, pedúnculos cerebelosos medios, pedúnculos cerebelosos superiores, válvula de Vieusens, tubérculos cuadrigéminos, cinta de Reil, acueducto de Silvio y pedúnculos cerebrales, constituye lo que en conjunto se llama istmo del encéfalo.

Nosotros estudiaremos principalmente la manera de ser de su estructura, pasando por la parte descriptiva general, muy de prisa, pues no interesa para nuestro estudio; de la misma manera nos

conduciremos en el estudio de las otras siete partes del istmo encefálico.

La Conformación general exterior de la protuberancia puede compararse á un cubo y por lo tanto tiene seis caras; la anterior se dirige de arriba abajo y de delante á atrás descansando sobre la canal basilar; en cuanto á sí misma es cóncava, longitudinal y transversalmente llevando en su línea media un canal donde se aloja la arteria basilar, y á los lados, dos rodetas piramidales y la emergencia del trigémino, que se hace por dos raíces; una gruesa, sensitiva, y otra, mucho más delgada, motora.

La cara posterior está cubierta por el cerebelo y forma parte del cuarto ventrículo; en la línea media tiene un surco y á sus lados dos eminencias y dos depresiones, llamadas respectivamente eminencias teres y foveas ó fositas superiores; más delante hay una mancha llamada locus ceruleus.

La cara inferior no tiene nada de particular y está separada del bulbo por un surco llamado bulbo-protuberancial; la superior se continúa con los pedúnculos cerebrales y las laterales hacen lo mismo con los pedúnculos cerebelosos medios.

Lo que más nos importa es su conformación interior y su constitución anatómica. A ello vamos.

En un corte transversal de la protuberancia, observamos dos cosas: primera; que esta región se divide por un rafe medio, en dos partes análogas en su aspecto y constitución y de la misma manera que lo hacen la médula y el bulbo; y segunda, que la substancia que constituye esta región no es igual, pues se puede dividir perfectamente en dos capas, una, anterior ventral y otra, posterior dorsal, de las cuales la primera, mucho más blanca y más compacta, está constituida por tres clases de fibras, es decir, por tres haces, de los cuales el superior y el inferior siguen una dirección completamente transversal y se pierden en los pedúnculos cerebelosos medios, y el haz medio, que en su mitad interna es transversal como los otros, pero que después describe un ángulo casi recto dirigiéndose hacia atrás y abajo.

La capa dorsal, mucho más compleja, es más blanda y menos blanca y en ella se distinguen los haces piramidales, la cinta de Reil y otras fibras transversales y longitudinales que correspon-

den á los núcleos propios de la protuberancia y á los nervios bulbo-protuberanciales.

Examinando su constitución veremos que hay substancia blanca y substancia gris; que la primera está formada por fibras transversales, longitudinales y enciformes; de las transversales no me ocuparé, aunque sí diré que casi todas ellas vienen del cerebelo por los pedunculosos cerebelosos medios y las otras de esta misma clase, proceden de los núcleos terminales del nervio acústico; de las arciformes tampoco diremos nada, porque aún es muy poco conocido su origen, función, etc.; en cambio, en el estudio de las longitudinales hay que extenderse, puesto que su solo conocimiento es capaz de resolver algunos de los problemas que en esta clase de enfermos se presentan.

Dando un corte transversal podemos distinguir cuatro haces formados por fibras longitudinales: el piramidal, el geniculado, la cinta de Reil y el haz comisural longitudinal.

El haz piramidal ocupa la parte media de la capa anterior de la protuberancia y su grosor es diferente en las diversas alturas; en la parte inferior se le encuentra formando un haz redondeado y solo, pero á medida que asciende se le ve que está formado por más haces, separados unos de otros por breves espacios de substancia blanca: esto es debido á que por abajo es el haz piramidal sólo, tal como existe en la médula y que más arriba se van reuniendo á él las fibras ponto-corticales, así como otras fibras de motilidad voluntaria también, pero debidas al haz geniculado. Desde la mitad superior de protuberancia se pierden estos haces en el pedúnculo cerebral, cápsula interna, centro oval, hasta la corteza cerebral y se verá que van juntas y que llevan una misma dirección, pero desde el tercio superior del puente para abajo; esto no es así, pues las fibras propias del haz piramidal siguen su dirección rectilínea en toda la protuberancia y en parte del bulbo, mientras que las del haz geniculado no hacen eso, sino que se detienen en el puente y se cruzan yendo á parar al lado contrario de su primitiva dirección y á los núcleos del masticador, motor ocular externo, facial, etc. Las fibras del piramidal se cruzan en el bulbo.

De este detalle de dirección de fibras se obtiene el diagnós-

tico de lesiones pontales por la perfecta explicación con su conocimiento del síndrome de Millard-Gubler, ó sea, de la parálisis cruzada.

Al hablar de la cinta de Reil no nos entretendremos en las disquisiciones habidas para saber si está constituido por el haz triangular sólo, pero sí diremos que estamos conformes con los que creen que el haz triangular es solo una parte de esta cinta y con esto iremos al estudio del origen y constitución de este haz sensitivo.

Su origen está en la protoneurona central sensitiva, ó sea, en los núcleos de Goll y de Burdach, situados en el bulbo y formados por los haces medulares del mismo nombre; las fibras que de estos núcleos emanan, forman la porción inicial de la cinta ó inmediatamente después de salir de sus respectivos núcleos se dirigen hacia adelante y adentro y se entrecruzan haciéndose enseguida directos y llegando así hasta la corteza cerebral. Además á este haz que marcha junto al haz piramidal se le une otro también sensitivo, el haz de Gowers, el cual sigue su dirección sin cruzarse, cosa que es debido á que se ha entrecruzado ya en la médula espinal; todavía este haz sensitivo se robustece más por las fibras que entrecruzadas á su salida le mandan los núcleos sensitivos bulbo-protuberanciales y las del nervio auditivo que constituyen la parte más externa de la cinta y que son de dos clases, cruzadas y directas.

La cinta de Reil tiene diferentes maneras de encontrarse, según las alturas de la protuberancia; así en la parte inferior es una cinta triangular colocada á ambos lados del surco medio y en la parte media se aplana haciéndose delgada y transversal y en la parte superior forma una especie de escuadra, pues se alarga en sentido transversal y se dobla hacia atrás.

Nada diremos de su división topográfica ni de su modo de terminar, pues con lo que hemos visto tenemos lo suficiente para sacar alguna consecuencia clínica y esto es, por ejemplo, que debido á los entrecursamientos de que hemos hablado, la sensibilidad estará embotada ó perdida en un lado cuando haya lesión de protuberancia y este lado será forzosamente el contrario del que ocupa la lesión en el mesocéfalo.

En cuanto á la substancia gris protuberancial, diremos que ella constituye los núcleos como el del facial, auditivo, etc. y los núcleos propios de esta región, los cuales, histológicamente son formados, según opinión del sabio neurólogo Dr. Ramón y Cajal, primero por las arborizaciones terminales descendentes del pedúnculo cerebeloso medio procedentes de las células de Purkinge; segundo, por las arborizaciones terminales de las fibras córtico-protuberanciales que proceden de la corteza cerebral, y tercero, por colaterales suministrados por el haz piramidal.

Se ve, pues, que el puente tiene relaciones íntimas con el cerebelo y con el cerebro, lo cual nos dice algo y esto es que en caso de que aquél esté enfermo, nada nos debe extrañar que se perturben funciones tan importantes como la intelectualidad, la orientación y el equilibrio, cuyos centros son precisamente la corteza cerebral y cerebelosa.

Después de trazar al vuelo este estudio anatómico de la protuberancia, no nos queda nada que debamos y nos interese decir de ella, pero ahora y suscitadamente debemos indicar las proximidades de algunos pares craneales, para que así podamos deducir si pueden ó no ser interesados en caso de una lesión mesocéfálica: diremos, pues, que el tercer par ó motor ocular común emerge por entre los dos pedúnculos cerebrales, inmediatamente por encima y en la línea media de la cara superior del mesocéfalo, que el cuarto par ó patético sale también por arriba de esa cara superior, pero más hacia fuera, en el punto donde convergen el pedúnculo cerebral, la cara superior de la protuberancia y el haz triangular de la cinta de Reil; que el sexto par sale entre la protuberancia y el bulbo á los lados de la línea media y que el séptimo ó facial, octavo ó acústico, noveno ó glosafaríngeo, décimo ó pneumogástrico, undécimo y duodécimo ó espinal é hipogloso mayor respectivamente, salen en el bulbo y lateralmente, pero á tan poca distancia del puente que pueden ser alcanzados por cualquier neoplasma situado en esta región, en su parte inferior y que descienda algo.

Creemos haber hecho el estudio anatómico necesario para nuestro trabajo y si bien dejamos alguna cosa de anatomía clí-

nica de estos centros, lo hacemos á propósito, pues de ello tendremos que hablar al exponer y explicar la sintomatología.

Porque así conviene á la mejor emisión de ideas y la mejor explicación del asunto que he elegido como tesis; lo primero que voy á hacer es exponer las historias clínicas de los dos enfermos que sirven de base á mi humilde trabajo. Son dos, una referente al enfermo Pedro Latorre y otra al enfermo Juan Pozuela, conocidos y estudiados por mí, al primero en el Hospital clínico de la Facultad de Zaragoza y al otro en el Hospital Civil de Bilbao.

Caso primero.—El primer enfermo, Pedro Latorre, era un hombre de 30 años de edad, aunque á primera vista representaba ser bastante mayor; su complexión robusta y los diferentes segmentos de su cuerpo bien proporcionados, por más que su cabeza era de un tamaño más que regular; era trabajador del campo. En sus antecedentes es difícil encontrar la verdad, pues está torpe para entender nuestras preguntas y aún más torpe para contestarlas debidamente; pero aun así y doblando nuestra labor médico-fiscal hemos obtenido los siguientes datos: que su padre murió de una pulmonía y que su madre y dos hermanos que son los únicos que ha tenido, viven y gozan de perfecta salud; en sus colaterales no hay nada digno de reseñarse.

En su biografía patológica no hay nada que nos guíe en sentido determinado, pues sólo ha padecido las fiebres eruptivas de la infancia (sarampión).

No tiene otro antecedente de importancia que el haber sido desde los 19 años un alcohólico inveterado, pues dice él mismo que bebía mucho vino y también aguardiente; este de la botella.

Su enfermedad comenzó de la manera siguiente: se le presentó una lesión inflamatoria, localizada en el extremo del dedo grueso del pie derecho, lesión que por su aspecto parecía un panadizo y que curada esmeradamente por el facultativo de su pueblo no adelantaba nada; en vista de esto ingresó en el Hospital Provincial de Zaragoza, en donde fué propuesta y aceptada la amputación de dicho dedo; hecha esta y terminado el sueño clorofórmico, el enfermo empezó á sentir trastornos y perturba-

ciones que se traducían por cefalalgia intensa y vómitos muy insistentes que al principio fueron achacados á la acción del clorofórmico, pero que más tarde y en vista de que no cesaban hizo pensar en si el enfermo tendría algo cerebral, por lo cual fué trasladado á las salas de medicina dirigidas por el eminente Profesor Dr. Ricardo Royo Villanova.

Cuando yo reconocí á este enfermo presentaba como síntomas subjetivos un dolor de cabeza continuo y bastante fuerte, referido por el enfermo á lo hondo de la cavidad intracraneana y localizado en la región occipital, además y sin regularidad alguna, tenía vómitos de los llamados cerebrales, puesto que se presentaban sin náuseas y sin esfuerzo.

La cara del enfermo tenía una gran expresión patológica y nos decía que era propietario de una parálisis del nervio facial del lado izquierdo pues todo este lado de su caraza permanecía inmóvil y flácido, la frente había perdido las arrugas, el ojo no podía cerrarse por completo quedando siempre entre sus párpados una hendidura (lagofthalmia), el carrillo que estaba pendiente hacía desaparecer el pliegue naso-labial; la boca se desviaba hacia la derecha y la saliva y lágrimas fluían constantemente de la boca y ojo del lado enfermo.

Diagnosticada desde luego la parálisis total del facial, fuimos á buscar más datos acerca del particular y preguntado de si podía comer bien, nos dijo que no y que la causa era el que la comida, además de no poder ser bien masticada se le quedaba entre la encía y la mejilla; reconocimos la lengua, la cual estaba desviada hacia la derecha y atrofiada en su mitad izquierda; además no respondía á la excitación hecha por medio de la corriente farádica; miramos con todo detalle cómo estaba la sensorialidad particular de este órgano y vimos que percibía perfectamente lo dulce y lo amargo, así como las diferentes modalidades de estas sensaciones.

Entre los síntomas perceptibles por inspección, hallamos la desviación conjugada de los ojos y de la cara, desviaciones que miraban hacia la derecha no pudiéndolo hacer hacia la izquierda sin volver todo el cuerpo.

De aquí nos pasamos al tronco y vimos cómo la motilidad

del lado derecho estaba comprometida en ambos miembros abdominal y torácico, pues si bien no había una verdadera parálisis, puesto que los movimientos podían efectuarse y se hacían de hecho respondiendo á nuestro mandato, pero siempre con bastante dificultad y con poca fuerza, lo que nos indica que estaban paréticos.

La sensibilidad á su vez estaba afectada, pues tenía insensibilidad y analgesia en todo el lado derecho, es decir, en ambos miembros paréticos y en la cara (lado no paralítico).

Los reflejos rotulianos y plantar del lado afecto de paresias están exaltados; los del otro lado, ó sea el izquierdo, algo tardos. Los cutáneos normales.

La marcha era francamente ebriosa hecha en zig zag, bastante abiertos, pero no regulares, puesto que la paresia del miembro derecho, sobre el cual no podía sostenerse, hacía que caminara muy de prisa y con los brazos muy extendidos y muy abiertos.

Tenía trastornos tróficos, pues entre ellos puede considerarse aquella lesión inflamatoria del dedo grueso del pie derecho que le hizo ingresar en un hospital, puesto que después de hecha la operación, (que no fué amputación sino raspado) después de cuatro meses de tiempo y á pesar de los oportunos tratamientos empleados, (asépticos y antisépticos) la herida continúa su marcha y cada vez se hace más saniosa y más profunda.

La inteligencia de este enfermo sin presentar grandes trastornos de función, cada día se apaga más y hoy su estado es muy parecido á la demencia, que se presenta como final de los trastornos psíquicos llamados locuras.

Reconocido el fondo de su ojo por el Dr. Ríos, ilustre Catedrático de aquella Facultad, resulta que su papila estaba estrangulada y edematosa. Además había disminución de la agudeza visual.

Así vivió durante seis meses, sino que sus síntomas crecieron en intensidad ni en número y al fin murió después de once accesos de fiebre alta que se dieron en once días seguidos y terminó su fatal existencia con un único y ligero acceso epileptiforme.

Llevado á la autopsia el cuerpo del que en vida fué Pedro Latorre y abierta su cavidad craneana nos enseñó la existencia de un tumor del tamaño de una nuez que estaba localizado en la parte inferior é izquierda de la protuberancia, tumor que destruía la substancia nerviosa hacia la parte posterior y lado opuesto, mientras que por la parte anterior había una lámina bastante gruesa de tegido nervioso.

El examen histológico del tumor fué llevado á término por el sabio neurólogo, Profesor Dr. Pedro Cajal, y su dictamen fué el siguiente: «los fascículos pontales más interesados son, los piramidales, pedúnculos cerebelosos medios y algo de los superiores, y las raíces sensitivas del trigémino derecho, mientras que estas mismas en el lado izquierdo están incólumes.»

Sobre la naturaleza del tumor, nos dice que era un glioma en vías de degeneración central y con fusión colicuativa de los territorios nerviosos colindantes.

Caso segundo.—Este segundo enfermo presenta semejanzas ó mejor dicho identidades con el anteriormente expuesto y por eso procuraremos que su historia clínica sea más breve.

Se llama Juan Pozuela, es natural de Bilbao, su edad es de dieciseis años y su oficio es pinche de ebanista.

Por los datos amanésicos abtenidos de él y de su madre, sabemos que su padre murió de una hemorragia del estómago cuya causa no fué determinada, que su madre es histérica y que dos hermanitos que ha tenido han muerto muy jóvenes, y que lo que les mató fué la alferecía (convulsiones).

En su pasado patológico no encontramos más que la de siempre: fiebres eruptivas de la infancia, (sarampión y escarlatina), y un reumatismo que primero fué agudo y quedó después en crónico y que tuvo lugar tres años antes de la enfermedad que hoy le aqueja, durando tres meses.

En este segundo enfermo, el modo de principiar fué más paulatino y menos aparatoso que en el caso anterior; comenzó por cambios de carácter, pues el chico que antes fué trabajador y activo, se volvió vago y displicente; su carácter antes plácido se agriaba y la inteligencia perdía la viveza habitual; esto como es natural, no lo apercibió él, sino que su madre nos lo ha con-

tado, lo que él primero notó es que su brazo derecho perdía fuerza, no pudiendo manejar la herramienta de su oficio y que tampoco se sostenía bien en pie: esto sucedía á principios del mes de Julio del pasado año y á fines del mismo mes se presentaron vómitos que «salían solos», según feliz expresión del enfermo y que principalmente sobrevenían cuando se incorporaba en la cama; á este tiempo también fueron apareciendo lo que él llamaba vahídos, que aparecían en cuanto se inclinaba hacia adelante cayéndose á veces al suelo sin perder el conocimiento y levantarse á los pocos segundos.

Su cara no es otra cosa que el reflejo de la del enfermo anterior; los mismos síntomas de facial superior é inferior, indicaban que también padecía una parálisis facial completa; la masticación se hacía en malas condiciones; la lengua se desviaba hacia la derecha, pero no estaba atrofiada; las lágrimas y la saliva fluían de la misma manera, y por fin, como en el anterior, el gusto en los dos tercios anteriores de la lengua á en ambos lados permanecía íntegro.

Tenía al igual que el anterior otro síntoma cuya exposición se nos ha olvidado en el primer caso y que es el trastorno subjetivo de la audición traducido por disminución de la agudeza auditiva en ambos casos, y de la existencia de ruidos subjetivos expresados en nuestro primer enfermo por ruido de agua que corre, y en nuestro segundo caso por un rum-rum confuso é indeterminado.

En este enfermo no había al principio desviación de los ojos y de la cabeza y sí solo estrabismo convergente del ojo del lado izquierdo, pero hoy la desviación conjugada parece que comienza á insinuarse.

La motilidad del tronco se manifestaba por paresia de los miembros del lado derecho acompañada de ligero espasmo.

Su sensibilidad abolida como en el caso anterior en la mitad derecha del cuerpo, pero en cambio sus dos lados de la cara estaban perfectamente normales.

Los reflejos, exaltados en el lado paralítico, y normales en el lado sano.

La marcha, también ebriosa, con zig-zag más abierto que en

el primer caso, y como además había espasmo del lado derecho nos daba perfectamente el tipo de Oliver d'Angers, ó sea la marcha cerebello-espasmódica.

Los trastornos trópicos de este caso no se manifiestan sino por atrofia muscular del brazo en todos sus segmentos y que en la mano nos dá un principio de mano en garra.

Tiene también trastornos intelectuales que como en el caso anterior son de apagamiento de todas las funciones psíquicas.

Reconocido el fondo de su ojo, nos dió por resultado encontrar la papila estrangulada y edematosa; además había disminución de la agudeza visual y miosis, sobre todo en el ojo izquierdo.

Este enfermo vive aún y los síntomas que presenta son con poca ó ninguna diferencia, los mismos que hace seis meses, solamente que ya no puede sostenerse en pie, porque tiene muy poca fuerza y porque los vértigos se suceden unos á otros con muchísima más frecuencia que lo hacían antes.

Tales son las historias de estos dos casos que presento, que si bien son pocas, no hay que extrañarlo, puesto que tumores cerebrales se ven uno por cada cien enfermos, y así localizados en protuberancia, son rarísimos, y el haber encontrado estos en tan corto espacio de tiempo lo considero yo como un verdadero hallazgo.

Veremos, pues, al hablar de ellos, el como se diagnostica y el por qué se diagnostica un tumor cerebral como localizado en región pontal.

DR. ALBERCA.

(Continuará).

DATOS RETROSPECTIVOS

La contagiosidad y trasmisibilidad de la tuberculosis, ha sido admitida, discutida ó negada en las diferentes etapas de la historia médica.

Los antiguos médicos griegos opinaban en favor del contagio.

En Italia los gobiernos prescribían el aislamiento de los tísicos; la declaración de estos enfermos era obligatoria, como lo era también la destrucción de sus efectos á su muerte.

En el siglo XVIII, en Provenza, desde que al enfermo se le declaraba tísico, nadie podía utilizar para su uso sus ropas interiores, de cama, cubiertos, etc., y á su final se blanqueaban las paredes previo rascamiento de las mismas, se lavaban los suelos, se quemaban las ropas y los muebles y tapicería habrían de no utilizarse hasta transcurridos un año de haber quedado expuestos al aire libre. Los más famosos médicos de aquel tiempo proclamaron la contagiosidad de esta enfermedad. Después de esta época la contagiosidad fué discutida y más después negada; pero cosa rara y aun autitética, cuando esta idea de la no contagiosidad reinaba (por virtud de las teorías que dominaban) entre el elemento médico, el pueblo, el sentimiento popular conservaba la tradición y disponía en términos de desinfección. Los médicos negaban rotundamente la contagiosidad y el pueblo en cambio destruía los efectos, ropas, etc., etc.

En 1865 Villemin sentó experimentalmente y con toda precisión la contagiosidad, pero aun entonces los médicos franceses no acataron esta conclusión llevada á cabo con la más perfecta precisión y sagacidad. Fué necesario que en Abril de 1882, Koch anunciase el fausto acontecimiento del aislamiento del bacilo tuberculoso que lleva su nombre y que sus cultivos producían la tuberculosis.

Estos datos históricos recordaba yo, cuando llevado de una curiosidad relacionados con estos asuntos, tuve la suerte de encontrar unos documentos que demuestran la opinión que en materia de tuberculosis y en relación con su contagiosidad se tenía en la villa de Bilbao en los años de 1720, 21 y 49, opinión que se traduce en los acuerdos de las sesiones municipales de aquellos tiempos, datos todos que obran en el Archivo Municipal de esta villa y que notifico á continuación:

Sesión del día 17 de Mayo de 1720

«Siendo cierto que de algunos años á esta parte se ha experimentado en esta N. Villa haber padecido algunos vecinos enfer-

medades héticas y tísicas los que por ser contagiosos y haberse tolerado hasta ahora vender por ministerio de corredoras la ropa que se hallaba infesionada y los que han usado este género de ropa han padecido las mismas enfermedades y para evitar estos inconvenientes, por ser en beneficio de la salud pública, acordaron y decretaron sus Señoríos que todos los herederos de semejantes enfermos, después que fallezcan, separen toda la ropa y cama que han usado por ellos y la encierren y quemem públicamente, dando cuenta puntual para el efecto á el Sr. Alcalde; pena de cincuenta ducados que se les sacará inviolable á cualesquier herederos y corredoras que recibieren semejante ropa y que se proceda contra los remisos que puntualmente no ejecutaren lo referido y á lo demás que hubiere lugar y so la misma pena á todos los médicos y cirujanos, den cuenta puntual al señor Alcalde, luego que fallecieren de esta enfermedad y para dar las providencias necesarias y para que no pretendan ignorancia, se publique bando con cajas y pífanos en los parages acostumbrados.»

Sesión del día 13 de Enero de 1721

«Por quanto la ropa que queda de los que mueren con enfermedad tísica, la suelen vender con el nombre que son de sanos, en que se han experimentado y se pudieran experimentar gravísimos daños contra la salud por obviar estos inconvenientes y acudir al remedio para atajar semejante daño; en bien general de todos, acordó y decretó su Señorío, se notifique á los medicos desta Villa, que asistieren á la curación de semejantes enfermos, luego que conozcan el peligro de sus vidas y sin perder tiempo, den cuenta á su Señorío, el Sr. Alcalde, para que se pase al instante á la casa ó casas de los tales enfermos, para que se recoja y ponga por inventario y en parte separada, debajo de llave, toda la ropa y demás que hubieren usado, para que después que hubieren fallecido, junto con las camas en que hubieren estado acostados, para evitar el que se infisione el pueblo con semejante achaque y otro que sea de su calidad, se haga una hoguera

y se abrasen y quemem en ella, tomando las demás providencias convenientes y que sean necesarias para el efecto.»

Sesión del día 18 de Julio de 1749

«Que por cuanto constan á Sus Señorías hay varios y repetidos decretos acordados en Junta á que los médicos y cirujanos de esta dicha noble villa, den cuenta de todos cuantos mueren tísicos en ella y su santo hospital y no haberse dado cumplimiento á ello, resolvieron para que se ponga en ejecución, se les notifique á dichos médicos y cirujano, por mí el infrascripto secretario, que de hoy en adelante, sin que haya omisión, den puntual noticia á su Señoría el Sr. Síndico, de todas la personas que murieren con dicha enfermedad para que pueda prontamente providenciarse que se quemem sus ropas y se ataque por este medio no se infesionen ningunas personas por ser muy importante á la pública salud de los vecinos y naturales de esta dicha Villa.»

UNIBASO.

DESINFECCIÓN DEL TOCÓLOGO

El tocólogo, así como todo el personal encargado de asistir un parto, debe comenzar por proteger su ropa, ordinariamente en contacto con materiales infectos, con una blusa blanca y bien limpia. Aun mejor y más práctico encuentro el uso de delantales impermeables, análogos á los que emplea el cirujano en sus operaciones. Estos son susceptibles de lavarse, incluso con soluciones antisépticas y protegen de modo más seguro el traje del tocólogo, que las blusas de lienzo que se emplean de ordinario.

Para la desinfección de las manos y antebrazos, que debe llevarse á cabo antes de cada exploración ó intervención, con la

misma escrupulosidad y detenimiento que cuando se practica una laparotomía, pueden emplearse diferentes métodos.

La técnica de la desinfección se aprende tan sólo en la práctica. El médico que asiste á partos, debe penetrarse bien del espíritu y objetivo de todas las maniobras que se recomiendan, pues es muy frecuente que se vea obligado á improvisar y á adaptar su antisepsia á las circunstancias.

El método que yo empleo, por considerarlo el mejor, es el de Furbringer que consiste en:

1.º Corte de las uñas y lavado de las manos y antebrazos durante 3 minutos, con jabón, cepillo y agua caliente corriente, ó por lo menos renovada varias veces. Este procedimiento de limpieza mecánica sirve para separar las impurezas más groseras y los extractos más superficiales de la epidermis, desengrasarla y reblandecerla.

2.º Frote enérgico de las manos y antebrazos con un paño esterilizado, hasta que queden estas regiones bien secas.

3.º Raspado de los surcos ungueales con la limita para uñas.

4.º Nueva limpieza de las manos y antebrazos durante otros 3 minutos con agua caliente renovada, jabón y cepillo.

5.º Lavado y cepillado con alcohol de 70 á 80º durante 2 minutos. El lavado en alcohol es una práctica esencial de la desinfección de las manos, obra como desengrasador y bactericida directo, poseyendo además la propiedad de penetrar rápidamente hasta las capas más profundas de la epidermis y en los orificios glandulares.

6.º Inmersión y cepillado de las manos y antebrazos, en una disolución caliente de sublimado corrosivo al 1 ‰ durante 5 minutos.

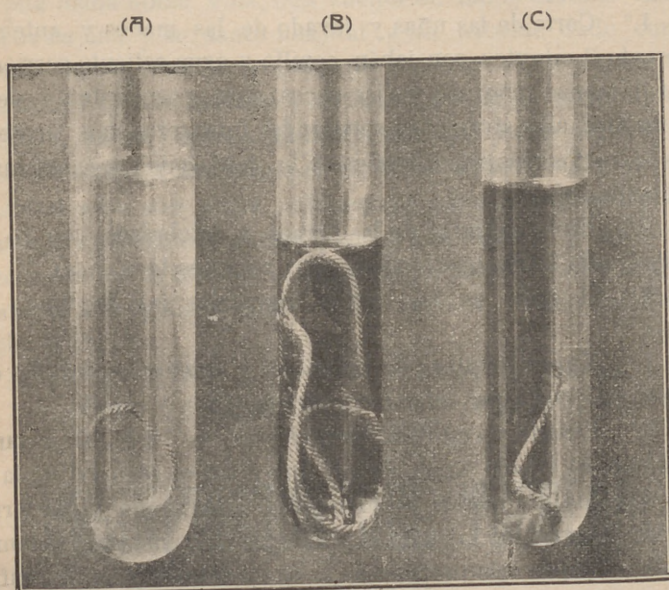
En individuos cuya piel es muy sensible al contacto del sublimado, puede reemplazarse éste por la sublimina, que es mucho menos irritante y si esta tampoco se soporta bien, puede sustituirse por una solución de lisol al 2 ‰.

Hay que reconocer que hasta el presente no existe un procedimiento completamente seguro para la esterilización de las manos. Todos nuestros medios de desinfección logran tan sólo

un grado relativo de esterilización, ó sea una disminución de los gérmenes cutáneos, que se aproxima más ó menos á la destrucción completa, según la naturaleza y eficacia de los medios empleados y las condiciones de la piel.

El siguiente experimento practicado con arreglo á la técnica de Haegler, demuestra la realidad de esta afirmación.

La (fig. 1) representa en (a), un tubo con caldo de cultivo previamente esterilizado y en el que se ha sumergido una hebra de



(Figura 1.)

- (A).—Prueba de la mano de un médico, lavada con jabón y agua caliente (sin cepillo) durante 4 minutos.
- (B).—Tubo testigo. La seda se aprecia con entera claridad á causa de la transparencia del caldo, que permanece estéril.
- (C).—Prueba de una mano esterilizada, por el método de Fürbringer. El enturbiamiento del caldo no es tan intenso como en el tubo (A) y apareció algunas horas más tarde que en él.

seda esterilizada que ha frotado recorriendo bien los surcos ungueales mis manos lavadas previamente con agua caliente y jabón, *sin cepillo*, durante 4 minutos. Colocado el tubo en la estufa de cultivos, se comprueba á las pocas horas, con el entur-

biamiento del caldo que en él se han desarrollado abundantes gérmenes. (1)

En el tubo (c), se ha repetido el mismo experimento de la seda, pero desinfectadas las manos por el procedimiento de Furbringer ya descrito. A mayor abundamiento y para no desvirtuar el experimento, después de la inmersión de las manos en el sublimado, quito éste de aquéllas, lavándolas con una solución de sulfuro amónico al 10 %.

En este tubo el enturbiamiento aparece unas horas más tarde y no con tanta intensidad como en el primero, probándonos que en este caso la desinfección es más completa, pero no absoluta. El tubo (b), es un tubo tipo para hacer resaltar más claramente el enturbiamiento de los anteriores.

Tan interesante como la antisepsia de las manos es la *profilaxia de la contaminación de las mismas*. En este sentido tienen extraordinaria importancia el llamado principio de la «*Noninfek-tión*» (Sanger) y la denominada «*abstinencia obstétrica*».

Por principio de la «*Noninfek-tión*» se entiende el evitar por todos los medios posibles el contacto de las manos de las personas encargadas de la asistencia á partos, con materiales que lleven seguramente agentes microbianos de extraordinaria virulencia, causantes muchas veces de infecciones puerperales mortales. Así el médico y las parteras, deben prescindir en lo posible de ponerse en contacto con *heridas supuradas, forúnculos, panadizos, flemones, espiemas, escarlata, difteria, erisipela*, y sobre todo, con *puerperas infectadas*. El mismo cuidado debe tenerse con *cadáveres ó partes del mismo*, sobre todo, si proceden de muertes por infecciones sépticas.

El hecho de que las bacterias de la putrefacción son igualmente causantes de infecciones puerperales, obliga á que se prescinda en lo posible del contacto con *substancias en putrefacción, tumores en descomposición, excrementos, orinas descompuestas, etc.*

Es evidente la imposibilidad de que el médico práctico que

(1) Esta primera experiencia demuestra la ineficacia absoluta de esos sencillos lavados con agua hervida y jabón que emplean muchos médicos creyendo que con ello han logrado una desinfección suficiente de sus manos.

tiene que actuar á un tiempo de partero, cirujano y médico y que aún á veces necesita practicar autopsias, pueda cumplir con toda escrupulosidad este importantísimo precepto de la «Noninfekción», pero también es verdad que con un buen deseo puede evitar en muchas ocasiones los contactos impuros, ya encargando de determinadas manipulaciones á personas cuyas manos no irán á ponerse en contacto con grávidas, parturientas ó paridas, ya practicando el cambio de apósitos de las heridas infectadas cogiendo las gasas, los tubos de desagüe, etc., no directamente con los dedos, sino con el intermedio de una pinza, y en los casos en que los mismos dedos deban ponerse en contacto con las superficies de supuraciones, no haciéndolo sino interponiendo trozos de gasa ó paños entre los mismos y la herida.

En estos casos, el empleo de los guantes de goma de Friedrich ó Doederlein son los mejores protectores.

Siempre que haya tenido lugar el contacto de nuestras manos con sustancias sépticas debe procederse *inmediatamente* á una limpieza rigurosa de las mismas, llevada á cabo, sobre todo, por *medios mecánicos*, puesto que los desinfectantes químicos coagulan las materias portadoras de gérmenes, por ser de ordinario ricas en albúmina y las fija íntimamente á la piel.

Nunca podemos estar en absoluto seguros de que las manos impregnadas con productos infecciosos, sobre todo, si contienen estreptococos, hayan quedado libres de gérmenes tan peligrosos, ni aun después de haber puesto en práctica una desinfección inmediata y rigurosa de la piel, y de ahí la necesidad de hacer observar otro principio de profilaxis, cual es, el conocido con el nombre de «abstinencia obstétrica» *Die geburtshilfliche abstinenzzeit ó karenzzeit* de los alemanes.

Por abstinencia obstétrica entendemos la interrupción temporal de todo trabajo obstétrico, cuando las manos del médico han manipulado con materias sépticas de gran virulencia.

Este medio profiláctico encuentra extraordinarias dificultades para ponerlo en práctica.

Aunque no existen datos bacteriológicos y clínicos suficientes para precisar el tiempo que debe durar esta abstinencia, se

indica por la mayor parte de los autores el de 3 ó 4 días por término medio.

Esta abstinencia debe recomendarse con verdadero interés á los médicos y parteras en los casos en que hayan tenido en su clientela una muerte por infección puerperal, ó varios casos de infecciones puerperales en un corto espacio de tiempo.

El médico poco puede hacer por la desinfección de la habitación en que ha de tener lugar el alumbramiento.

Solamente en los casos en que se haya alojado en ella un enfermo de escarlata, viruela, difteria, etc., deberá ordenar se desinfecte el cuarto por medio del formol.

La cama de la parturienta se colocará de modo que sea fácilmente accesible por ambos lados, y en el centro del cuarto se pondrá una mesa cubierta con una sábana limpia, sobre la cual se colocarán los recipientes con soluciones antisépticas, el material de cura, los instrumentos, etc. (1)

Después de haber hecho que la mujer vacíe la vejiga, se le administrará un enema y se le da, si es posible, un baño general. Después del baño, la mujer se pone ropa limpia y se mete en la cama, cuyas sábanas y demás estarán recién lavadas, procediendo á continuación á la desinfección de los genitales. Una compresa mojada en agua sublimada, colocada delante de los órganos genitales, evita, durante el parto, la penetración de gérmenes infecciosos. Cuando la duración del parto se prolonga, se lavarán de vez en cuando el ano, periné y órganos genitales externos, igualmente con sublimado, sobre todo siempre que se haya de repetir el examen interno.

Una cuestión que necesita todavía nuevos estudios, es la de si antes de todo parto espontáneo y antes de cada exploración interna debe ó no desinfectarse la vagina. Las experiencias de Bumm demuestran en el 74 % de los casos la existencia de estreptococos aerobios en este conducto. Si estos fueran virulentos sería necesaria la desinfección de la misma, pero la experiencia clínica y los experimentos de otros, enseñan, que en los casos en los que se practican irrigaciones profilácticas, se presentan

(1) Para los partos normales utilizo y recomiendo el empleo de las *cajas de partos* preparadas por el fabricante Hartmann.

con más frecuencia puerperios febriles que en aquellos otros en que se prescinde de esta manipulación. ¿Es que estos estreptococos no son virulentos? ó ¿es que son destruídos por las secreciones bactericidas de la vagina y por los bacilos que de ordinario habitan en ella? Lo positivo es que en los *casos normales* sin desinfectarla se obtienen buenos resultados, y que su desinfección, sobre todo por procedimientos mecánicos, más perjudica que favorece.

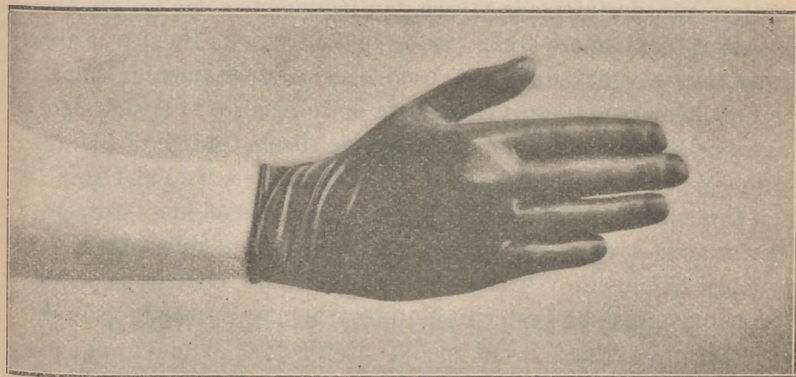
La cosa varía en los *casos patológicos*. En estos es recomendable la desinfección de la vagina, sobre todo en los casos en que exista un flujo vaginal purulento, sobre todo si es provocado por gonococos, en aquellos en que sin proceder de esta causa el flujo, tiene mal olor, y en los que exista fiebre intrapartum. Igualmente se hace necesaria una desinfección antes de practicar una intervención—forceps, versión, etc.—y en los casos en que se ha llevado á cabo la desinserción manual de la placenta. En estos últimos es muy recomendable practicar además una irrigación intrauterina. Como desinfectantes pueden usarse el lisol al medio por 100, el sublimado al 1 por 4 ‰, ó agua y alcohol á partes iguales.

En los casos en que haya que llevar á cabo una intervención se cubrirán las extremidades inferiores y el vientre esterilizados y cuando no se disponga de ellos, con toallas mojadas en lisol al 1 ‰ ó en sublimado al 1 ‰. El ano se protegerá con gasa ó paños esterilizados fijados—si la mujer está anestesiada—con pinzas á los glúteos. Si la intervención se lleva á cabo sin anestesia, se tratará de evitar su contacto con una gasa que tapone esa región rica en colibacilos.

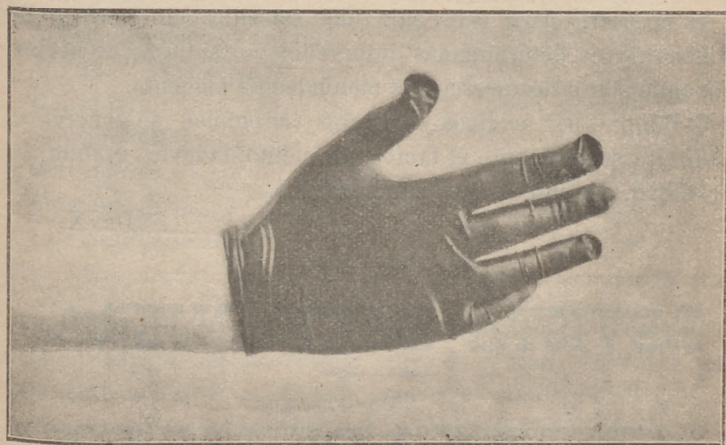
El instrumental se esteriliza cociéndolo durante 10 minutos largos en un recipiente con tapadera. Para proteger el pulimento de los instrumentos debe emplearse agua de lluvia ó destilada ó añadir 1 ‰ de sosa al agua natural. Los instrumentos de filo pierden por este procedimiento la finura del corte, por lo que deben desinfectarse, sumergiéndolos en una solución de ácido fénico al 3 ‰. En los casos en que no sea posible esterilizar el instrumental por ebullición, se aconseja aunque no es tan seguro colocarlos durante 5 minutos en una solución de ácido fénico al 5 ‰.

Comprendidos en el arsenal del tocólogo moderno se hallan los guantes de goma cuyo uso no está tan extendido—al menos entre nosotros—como de desear fuera. Los principales inconvenientes

(A)



(B)



(Figura 2.)

GUANTES DE GOMA.—(A).—El guante, si está seco, se coloca bien y con facilidad en una mano que esté igualmente seca.—(B).—Se coloca mal y difícilmente por estar mojado.

nientes que se les atribuye, son la facilidad con que se deterioran y su alto precio. Sin embargo; si el médico sabe cuidarlos, se conservan bastante tiempo en buenas condiciones.

Para esterilizarlos, se espolvorea previamente su interior con polvos de talco y se les introduce en la estufa colocándolos cada uno entre dos gasas y rellenándolos con algodón para que llegue mejor á su interior el vapor de agua. De este modo se colocan en la mano, desinfectada y seca, tan fácilmente como los guantes de seda, adaptándose á ella perfectamente (fig. 2). Pueden usarse igualmente, colocándolos sin esterilizarlos previamente, siendo suficientemente en estos casos para desinfectarlos el lavarlos con agua caliente, jabón y una solución de lisol, durante 3 á 5 minutos y también cociéndolos en una solución de lisol al 1 %.

Cuando se practican determinadas operaciones—forceps, perforaciones, etc.—su empleo no es recomendable, porque se rompen fácilmente y existe mayor peligro de contaminación si las manos no se han esterilizado previamente. En cambio son de inestimable utilidad como medio profiláctico, evitando el contacto con materiales muy virulentos; en casos en que es de inmediata urgencia el intervenir y no es posible perder el tiempo que es necesario para conseguir una esterilización perfecta de las manos; y en determinadas intervenciones suturas de periné, taponamientos y desinserciones manuales de placenta.

El día que por médicos y parteras su empleo se generalice, disminuirá seguramente el tanto por ciento, todavía grande, de mortalidad, por infecciones puerperales.

Dr. X.

REVISTA EXTRANJERA

El origen congénito de las ptosis ó relajamientos viscerales, por el Dr. A. Albú, de Berlín.—La idea de considerar como congénitos los relajamientos viscerales, fué iniciada en 1894 por los Dres. Tuffier y Bouchard ante varios casos de *panoptosis* resultantes de una insuficiencia nutritiva de los tejidos.

Un doctor alemán, Blum, ha señalado la frecuencia de ellos en los adolescentes, ante la Sociedad Médica de Berlín, ocasionando una animada discusión en la que intervino el Dr. Albú tratando de de-

mostrar en qué consiste el estado constitucional que les da origen.

Ahora bien: la investigación de un relajamiento ó caída visceral no parece difícil en el recién nacido y niño de pecho. La técnica exploradora es la misma que en un adulto, afirmando el Dr. Albú que cuando se hace el examen, el niño grita y la expiración forzada permite á la mano el explorar la región abdominal á mayor profundidad.

Dicho médico ha podido comprobar que de 91 niños de uno á diez días, hay 11 por 100 en los varones y 44 en las niñas.

El adjunto cuadro demuestra la frecuencia de las ptosis viscerales en los recién nacidos y su tanto por ciento.

Cuadro de relajaciones viscerales

VÍSCERAS	Niños	Niñas
Nefroptosis derecha	11	44
Id. izquierda.	4	27
Hepatoptosis	5	9
Esplenoptosis	3	3
Gastroptosis	8	15
Enteroptosis	8	15
10. ^a costilla flotante	9	38

Despréndese del cuadro, que, como en los adultos, el riñón es la víscera relajada más frecuentemente. Pero en general, las ptosis viscerales son menores en una tercera parte en el recién nacido que en el adulto, lo cual parece un argumento contrario á su origen congénito. Sin embargo, el Dr. Albú opina que eso es debido á un estado patológico esbozado solamente en el recién nacido y que más tarde, á medida que se verifica su desarrollo, aparece dibujado con toda claridad.

¿Y cuál es ese estado constitucional, de origen congénito, que acompaña á una ptosis visceral desde el nacimiento ó que se declara más después? Reside esencialmente en el esqueleto.

En efecto: lo primero que choca en un ptósico es el desarrollo de su cuerpo en altura: sus miembros son largos y delicados, la cabeza es estrecha, el cuello largo y delgado, el torax anguloso y estrecho y el abdomen aplanado. Esa delicadeza de los huesos determina la forma angulosa del cuerpo, marcada principalmente al nivel de los hombros. La estrechez del orificio superior del torax, señalada hace tiempo por Freund; la frecuencia de la 10.^a costilla flotante; la estenosis de la abertura inferior del torax con las últimas costillas en ángulo agudo, son otras tantas marcas de aquella anomalía constitucional.

Según la anatomía artística, la altura del cuerpo no debe pasar en un individuo bien formado de ocho veces de la correspondiente á la cabeza y en los ptósicos sobrepasa. Así mismo, en los recién nacidos ptósicos, la relación de la circunferencia del abdomen y la distancia pubo-yugular ó la de la primera y el perímetro torácico no son jamás normales.

Al lado de estas anomalías, se ven la debilidad muscular congénita y del tejido adiposo, sobre todo en el abdomen donde se halla relajado y adelgazado, en tales términos, que ofrece poca resistencia al empuje de las vísceras. Aplanado y muchas veces retraído en su parte umbilical; está prominente en la región hipogástrica, sobre todo en la estación vertical.

El Dr. Albú considera esta anomalía congénita de constitución como un sello de degeneración anatómica, debida á épocas en las que una serie de generaciones han descuidado la cultura física. Una prueba de ella se ve en la configuración de los personajes que figuran en los cuadros de pintores célebres. De este modo se aprecian las mujeres, de Van-Dyck, Memling, Boticelli y Cranach, con tipo ptósico y vientre globuloso.

Esto que ocurría en la Edad Media, desapareció en el Renacimiento, como puede verse en los cuadros de Durero, Tiziano y Rubens. No existe en las esculturas griegas y romanas.

En nuestra época, la frecuencia de la degeneración constitucional, que es la causa primera de las ptosis viscerales, constituye la razón de nuestro desdén, desde hace tiempo continuado hacia lo que hoy se llama educación física.

Por estas consideraciones, el Dr. Albú aconseja como trata-

miento profiláctico de los relajamientos viscerales, el corregir en el niño su vicio de conformación por medio de una alimentación apropiada y ejercicios físicos, en armonía con su edad.

Los cuerpos inmunizantes del Dr. Carl Spengler y la tuberculosis.—Realmente son originales las concepciones de este médico sobre el mecanismo íntimo que rige a la infección é inmunidad de la tuberculosis.

Para él, todo tuberculoso es infectado, en la mayoría de casos, por bacilos humanos y bovinos que luchan con su acción antagonista predominando los unos sobre los otros, en definitiva. La inmunización, pués, deberá recaer actuando sobre los bacilos vencedores por medio de tuberculinas ó vacunas derivadas de los bacilos secundarios. Este método ha dado algunos resultados en manos del Dr. Spengler y sus discípulos; pero su manejo es muy difícil y delicado, como quiera que un error en la elección del producto inyectable puede comprometer seriamente el tratamiento.

Estas dificultades se salvarían, si fuera posible el aplicar un producto único á todas las formas de tuberculosis del hombre. En efecto: los estudios clínicos efectuados por el citado médico, parecen haber realizado este deseo. Designa él mismo, con seguridad, su nuevo producto por las dos letras I. K. que significan que el producto contiene los auténticos *Inmun Körper*, es decir, los verdaderos cuerpos inmunizantes de la tuberculosis.

Este preparado no es una tuberculina, ni toxina, ni extracto de cuerpos bacilares, ni un simple suero, sino un extracto celular procedente de la sangre de animales inmunizados contra las dos variedades de bacilos tuberculosos.

Hace tiempo y en diversas ocasiones se ha intentado el aislar de la sangre los anticuerpos de la tuberculosis y existen varios sueros antituberculosos entre los cuales algunos han despertado interés. Sin embargo, su poder antitóxico es poco intenso y su acción bactericida nula ó mínima. Ambos defectos provienen, á juicio del Dr. Spengler, de que el suero no es el principal vehículo y receptáculo de los anticuerpos tuberculosos, sino los hematies de la sangre de los que pasan en parte el suero, por hemolisis.

En este líquido no permanecen mucho tiempo, pues los leucocitos se apoderan de ellos rápidamente.

En apoyo de esta opinión, que le es personal, aporta una numerosa serie de experiencias, á las cuales intentaremos el darles una idea directriz.

En primer término, es preciso separar la sangre en sus principales elementos de constitución, con el objeto de estudiar el papel que desempeña cada uno. Esto se obtiene procediendo del modo siguiente:

Una parte de la sangre de un animal intensamente inmunizado es recibida en nueve partes de una solución clorurada isotónica. Se le centrifuga y decanta el líquido que sobrenada, el cual representa una disolución al décimo, de suero sanguíneo. Se vierte entonces sobre las células aisladas, una solución hemolítica de formol al 0,2 por 1.000 en cantidad suficiente para restablecer el volumen primitivo. Se agita el tubo de manera que favorezca la hemolisis de los eritrocitos; después se centrifuga y decanta el líquido, que sobrenada y que representa una disolución de hematies. Quedan en el fondo del tubo los leucocitos y las plaquitas sanguíneas.

El suero, los hematies disueltos y los leucocitos, hallándose de ese modo, aislados los unos de los otros, es fácil estudiar los poderes aglutinante, precipitante bactericida y antitóxico de cada uno. He aquí reasumidas de un modo esquemático las principales experiencias del Dr. Carl Spengler.

El poder aglutinante y precipitante de los hematies disueltos, continúa manifestándose al usar de diluciones al diez ó al cienmillonésimo, mientras que la acción del suero desaparece, cuando la titulación de su dilución desciende por debajo de un diezmilésimo.

Por otra parte, algunas gotas de una disolución de hematies, diluida al diezmillonésimo, puestas en contacto con bacilos tuberculosos vivos, colocados en una lámina, atacan sus cubiertas, de tal suerte, que después de una corta permanencia en la estufa, la mayor parte de ellos no se colorean por el método de Ziehl. Cosa curiosa: esta acción de las bacteriolisinas contenidas en la solución de hematies, no se manifiesta más, cuando esta solución sea más concentrada.

En fin, una cantidad de un décimo de centímetro cúbico de una disolución de hematies, diluida al cienmillonésimo podrá bastar, en inyección subcutánea, para proteger á un conejo contra una dosis mortal de un veneno tuberculoso especial que Carl Spengler denomina *tisina*.

De lo expuesto, se deduce que el autor ha abandonado el suero y los leucocitos y su nuevo producto I. K. está esencialmente constituido por una disolución de hematies procedentes de una sangre intensamente inmunizada, y que contiene el máximun de aglutininas, precipitinas, bacteriolisinas y antitoxinas.

Sin embargo: nada nos dice el autor sobre la génesis de ese veneno tuberculoso *tisina*, del que se sirve para comprobar el poder antitóxico del I. K. y sobre todo, deja en la obscuridad la manera con que inmuniza á los animales.

A pesar de esta ignorancia y de las reservas que pueden autorizarse de ejemplos pasados y presentes, creemos que el I. K. merece ser conocido y empleado con un fin terapéutico.

Tanto es así, que en Suiza, Alemania y Austria ha sido empleado por muchos médicos con buenos resultados. Estos nos han inclinado á dar á conocer este nuevo producto antituberculoso del Dr. Car-Spengler. El Dr. Herzberg, en efecto, ha visto enfermos de tuberculosis avanzada, que después de recibir 14 ó 16 inyecciones del I. K., no tosieron más, aumentaron de peso, no volvieron á presentar bacilos en los esputos, y su estado general fué excelente. Él mismo ha tratado á una joven de 14 años afectada de una tuberculosis de forma rápida, presentando una fiebre con 37,50 y 40° en oscilaciones, pulso á 120, estado tifoideo acentuado, hemotisis diarias hace tres semanas y bacilos en la espectoración. Al cabo de un mes de tratamiento, la temperatura se hizo normal, los bacilos desaparecieron y aumentó de peso 11 kilos. La paciente curó.

De la titulación y dosaje del producto I. K., solamente podemos decir, que desembarazado por un procedimiento especial, de la mayor parte de las albúminas y materias colorantes de la sangre, se presenta bajo el aspecto de un líquido claro que se le diluye en una solución clorurada sódica al 8,5 por 1.000, adicionada de 0,5 de ácido fénico.

El Dr. Herzberg declara que del uso de dicho producto puede inferir: 1.º, que cura los casos de tuberculosis benignos y semigraves, y 2.º, que mejora notablemente los graves y los de período avanzado prolongando la vida del enfermo.

Ensayo de un nuevo método terapéutico, por el Doctor René de Gaulejac.—Recordarán nuestros lectores que hacia

Julio de 1904, los Dres. Charrín y Vitry, presentaron un trabajo á la Sociedad de Biología de París para demostrar que una ligadura elástica, colocada durante tres ó cuatro horas en la raíz de un miembro, disminuía la acción nociva de la toxina diftérica inyectada en el tejido celular subcutáneo del miembro ligado.

Una observación referente á una picadura de víbora confirmó en 1908, que á pesar de ser uno de los venenos más intensos para el organismo, su producto secretorio, fué modificado como el de la difteria.

La experimentación nos dice, qué dosis venenosas de medicamentos, tales como la cocaína y arsénico, se vuelven inofensivas para el organismo, si antes se les localiza impidiendo su entrada en la circulación general.

¿Cuál es la causa de esta disminución de nocividad de los venenos ó toxinas, resultante de su localización temporal?

¿Esta causa es, única, susceptible de variaciones con los sujetos, regiones y tejidos inyectados ó las influencias exteriores? ¿Basta por tí misma, para esclarecer ciertos fenómenos patológicos ó fisiológicos?

De las numerosas experiencias verificadas con esos fines, resulta que la localización hace inofensivas para el organismo, dosis mortales de venenos bajo tales influencias, á saber: una, mecánica, otra, celular, y la tercera, de orden antitóxico.

La primera, más pasajera, sirve de advertencia al organismo para que se prepare á la defensa. El factor celular obra de un modo mecánico, reteniendo momentáneamente una débil cantidad de veneno que luego lo devuelve á la circulación en forma antinociva segregando modificadores del tóxico.

El elemento antitóxico, que es el más activo, aporta líquidos intersticiales, constituyendo el edema en la localización y se componen sobre todo de suero sanguíneo y glóbulos blancos.

El conocimiento de estos tres factores aclara la manera de obrar del método de Bier y ciertos fenómenos patológicos.

Los trastornos circulatorios que acompañan á la hiperemia pasiva y la detención de ésta, dán lugar á una lijera eliminación de toxinas atenuadas creadas en el punto infectado y disminuyen los trastornos generales del organismo.

Las células vecinas de los gérmenes infectantes, englobando algunos, reteniéndolos más ó menos tiempo y neutralizando en cierto grado sus toxinas.

En cuanto al líquido del edema, suero y glóbulos blancos, su acción es preponderante: ataca directamente á los gérmenes ó mejor á sus toxinas disminuyendo su energía.

Por lo tanto nada tiene de particular que á beneficio de reiteradas sesiones de éxtasis venoso, renovando el edema, el estado de las células próximas al sitio infectado, causen la regresión rápida de numerosas inflamaciones á la vez que el organismo va adquiriendo bajo la influencia de las antitoxinas que recibe sucesivamente, un poder defensivo intenso. Así se explica la curación de una bacilosis pulmonar concomitante de una artritis específica en plena evolución y la acción de los absesos de fijación sobre las grandes infecciones.

Cuando la tuberculosis se localiza á una articulación como la de la rodilla, por ejemplo, se produce inmediatamente una reacción en las células bañadas por las toxinas bacilares, un acto de defensa de los glóbulos blancos que afluyen al punto lesionado y determinan un edema que por sí mismo actúa como un agente antitóxico de primer orden.

Consecutivamente, estos elementos antitóxicos, sean de origen celular ó edematoso, se difunden por todo el organismo de un modo lento, al cual le dan un poder antitóxico contra el germen generador de la creación de antitoxinas.

Los absesos de fijación, en su influencia sobre la evolución de ciertas infecciones generales, no obran más que por la provocación de los mismos fenómenos cuando se producen y contienen los gérmenes de esas mismas infecciones.

En resumen: la localización de un medicamento á dosis tóxica, de una toxina y de un veneno, disminuye hasta el punto de convertirse en agente inofensivo.

Este fenómeno necesita de tres factores: uno circulatorio inconstante, pero de una influencia real sobre el estado defensivo del organismo entero, cuando existe; otro celular, que además de la acción mecánica ejerce la modificación del veneno, y el antitóxico por los líquidos del edema que actúan sobre las sustancias tóxicas.

Estos tres factores, susceptibles de variaciones como los sujetos,

la edad, tejidos inyectados y temperatura, esclarecen la manera de actuar de la hiperemia pasiva, ciertos abscesos de fijación y la curación de la tuberculosis pulmonar concomitante de una artritis bacilar.

Veremos si estos ensayos terapéuticos toman en adelante un valor clínico verdadero.

Las impresiones carbonosas plantares y los accidentes del trabajo, por el Dr. Schwartz.—Uno de los puntos más difíciles de aclarar el diagnóstico es el de ciertos traumatismos de los pies, como quiera que pueden simularse el dolor y la claudicación para continuar cobrando del patrono ó sociedad de seguros contra los accidentes del trabajo.

A ese efecto al Dr. Schwartz se le ha ocurrido el tomar la impresión de las plantas de los dos pies y compararlas en sus imágenes carbonosas.

La técnica es muy sencilla. Se toma una hoja de papel de dimensiones apropiadas para que quepa en su superficie todo un pie y se le pasa por encima de una llama con el objeto de ennegrecerla con los humos que esta desprende y de una manera uniforme. Hecho esto, se invita al enfermo á que pise fuertemente sobre ella en el suelo. Es necesario también hacer la prueba simétrica del pie que está sano y para ello, deberá tenerse derecho posándose sobre las dos hojas de papel separadas. Se le recomienda el colocar, desde luego, el pie sano, para apoyar lo más posible todo su peso sobre el pie enfermo, sosteniéndole si fuera necesario. Cuando las dos impresiones se han sacado en el papel, se barniza este con tintura de benjui y se conservan indefinidamente.

Examinando dichas impresiones, que se traducen por partes blancas donde el pie ha quitado el negro de humo en más ó menos cantidad, según la presión mayor ó menor, se da uno cuenta de la manera con que tiene lugar el apoyo en el suelo y se puede comparar entre ambos pies en sus impresiones si existen ó no diferencias notables.

Este procedimiento ha dado al autor un resultado excelente en un caso de traumatismo del pie, en donde el examen clínico ni la radiografía no le sirvieron para diagnosticar las lesiones profundas.

A pesar de toda clase de cuidados, el lesionado continuó sufriendo durante cuatro meses y andaba cojeando apoyado en un bastón.

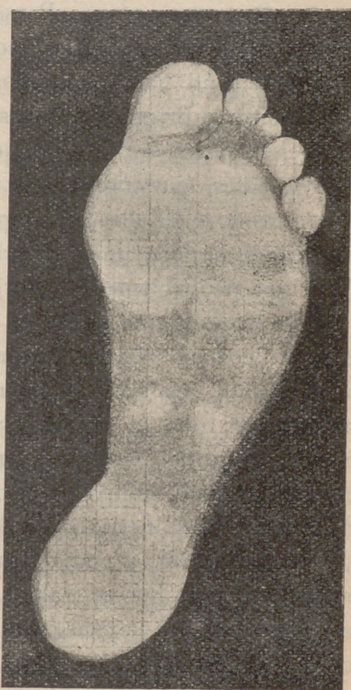
La comparación de los impresos plantares en ambos pies unida á la radiografía y signos clínicos dió á conocer la fractura de los metatarsianos en su parte posterior, con un callo doloroso y osteo-artritis en las articulaciones internas tarso-metatarsianas.

En efecto: en el pie izquierdo (fig. 1.^a) se ve que la planta se apoya en toda su superficie normal, es decir, por el talón anterior y los dedos y en el talón posterior y el borde externo de su pie. En cambio en el derecho (fig. 2.^a) ó sea el enfermo, toda la parte media

IMPRESIONES PLANTARES



(Fig. 1.^a)



(Fig. 2.^a)

de su planta, no se apoya del todo en el suelo, fuera de un poco al nivel del cuboides y del tercer cuneiforme, formando el pie un hueco por la contractura de los músculos, que impiden el tocar los puntos dolorosos. Estos reflejan bien las lesiones que aparecen dudosas por la radiografía.

DR. IGNOTUS.

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Sesión celebrada el día 14 de Mayo de 1909

Preside el Sr. Unibaso

Asisten los Académicos Sres. Alonso, Gil y Gorroño, Entrecanales y Otaola.

Sr. Entrecanales.—Presenta un caso de «Edema agudo del pulmón», referente á un individuo de 50 años de edad, habitualmente sano hasta hace dos ó tres años, que fué notando como síntoma primordial y casi único, una dispnea de esfuerzo.

Desde hace 5 ó 6 meses que lo vió por primera vez el señor Entrecanales, le recomendó se practicara un análisis de orina, encontrándose en ella una regular cantidad de albúmina, diagnosticando el padecimiento del enfermo, de nefritis intersticial, de origen probablemente arterial.

Fué llamado una noche el Sr. Entrecanales, encontrando al enfermo con un ataque tremendo de dispnea, y notando á la auscultación, una serie de estertores subcrepitantes finos, distribuidos por todo el torax; creyó hallarse en presencia de un edema agudo del pulmón y dispuso darle unas inyecciones de cafeina, al poco tiempo de lo cual expectoró una gran cantidad de líquido albuminoso, como clara de huevo, volviendo á su ser y estado anterior, y pudiéndose comprobar, después de un examen minucioso, que se trataba de una insuficiencia aórtica, para el tratamiento de la cual, se le dispuso la dieta láctea y un poco de teobromina.

Algún tiempo después, otro nuevo ataque, con idéntica dispnea é igual terminación, sufre el enfermo, repitiéndose los ataques de edema del pulmón una porción de veces, con especial insistencia por las noches, y en vista de ello, cambió la medicación, propinándole algo de hidrato de cloral, un poco de ioduro de cafeina y sometiénole á un régimen de clorurado en vista de la retención de cloruros que acusa el análisis de su orina.

Parece que este enfermo va mejor, pero como se trata de un sujeto neurósico, con privaciones y con disgustos, éstos van acentuando y aumentando más y más su padecimiento, sin que baste á dar fin de él, cuantas medicaciones se pongan en práctica.

Describe el ataque de edema agudo del pulmón, que asimila, según Huchard, á una bronquitis aguda, solo que en ésta, que al período primero ó de crudeza, sigue el segundo período de espectoración, largo y prolongado en aquel; el segundo período es rapidísimo, expulsando el contenido bronquial en pocas horas mientras que en la bronquitis vulgar dura días.

Habla del mecanismo y patogenia de esta afección, y dice que se trata de trastornos de la inervación cardio pulmonar por periaortitis, aumento considerable de la tensión vascular en la pequeña circulación; insuficiencia aguda y rápida del ventrículo derecho. Además, toman parte en el proceso, la hipertensión pulmonar, el sistema nervioso y un elemento tóxico.

Por lo demás y contrayéndose al caso actual, opina que el elemento primordial para el ataque en este sujeto, es un hábito morbozo, quizás de orden neurósico en un individuo renal y aórtico.

Sr. Gil y Gorroño.—Caso de «Partos en presentación de frente». Refiere tres casos que pertenecen á una misma mujer.

El primer parto que tuvo fué de frente y persistente, expulsando el feto bien y de una manera espontánea; el segundo fué idéntico, encajándose la parte de una manera perfecta en la excavación, ocurriendo lo mismo en el parto tercero.

Presenta estos tres casos, porque ha leído en una Revista profesional un caso idéntico, que hubo de terminarse mediante una aplicación de forceps en el estrecho superior, con feto muerto y grandes desgarros de útero y partes blandas de la madre. En las consideraciones que hace el autor del artículo, acerca de esta presentación, afirma ser de difícil arreglo, debiendo terminar el parto, la mayoría de las veces, mediante una intervención.

Por su parte, el Sr. Gil entiende que se han exagerado los peligros de la presentación de frente y opina que, dilatado el

cuello uterino y no encajada la parte fetal, debe atribuirse este hecho á un obstáculo en el mecanismo del parto, tal, como una estrechez, por ejemplo, en cuyo caso, cree que debe terminarse el parto por versión. Por lo demás, conceptúa peligrosa la aplicación de forceps en el estrecho superior.

Dice que el papel del tocólogo en algunos casos de presentación de frente, debe consistir en procurar transformarla en de vértice, y cuando nó, con cuello dilatado y nulo ó escaso encajamiento, verificar la versión.

CASO DE PUBIOTOMÍA

Sr. Entrecanales.—Opina que existen ciertos inconvenientes para practicarla en las casas, inconvenientes que suben de punto cuando faltan ciertos elementos.

Sr. Gil y Gorroño.—Cree que lo primero que hay que hacer es buscar las indicaciones de esta operación, que siendo tan sencilla, como lo es, no necesita para ser practicada en casas, de muchos elementos.

El Secretario general,
C. MENDEZA.

Sesión celebrada el día 28 de Mayo de 1909

Preside el Sr. Unibazo

Asisten los Sres. Ledo, Esparza, Bolívar, Díaz, Saralegui, Gil y Gorroño, Areilza, Landín, Entrecanales y Martín.

Sr. Esparza.—Habla acerca de un caso de «Obstrucción intestinal.»

Se trata de un individuo habitualmente sano, robusto, pero que hace un año sufrió una afección gastro-intestinal parecida á la sufrida actualmente.

Cuando lo vió el médico de cabecera, en la enfermedad actual, hacía tres días que se hallaba sin hacer ninguna deposición y con grandes dolores, todo ello debido á su voracidad, pues el

día que cayó enfermo, á las tres horas de comer, como de ordinario, se comió un pollo entero.

Algún tiempo después comenzó á sentir dolores de vientre, y llamado un médico, comprobó la existencia de una obstrucción completa; personado el Sr. Gil y Gorroño junto al enfermo fué llamado por su consejo el Sr. Esparza, quien procedió á aplicar un enema eléctrico que facilitó la expulsión de gran cantidad de gases. Aplicado otro segundo enema, se logró la salida de excrementos, también en gran cantidad, pero muy fétidos, y haciendo deposiciones abundantes.

El enfermo mejoró rápidamente y comenzó á alimentarse, pero á los ocho días de que lo dejó el Sr. Esparza, volvió á verlo encontrándole en un estado de colapso grande, del que falleció el sujeto poco después.

Entiende que el fallecimiento fué á causa de una perforación intestinal, ocasionada por la permanencia prolongada de las heces fecales en un punto determinado del intestino.

Opina que el enema eléctrico es un magnífico tratamiento de la obstrucción intestinal, pero no es infalible, ni mucho menos, y cree que no se ha conjurado el peligro, con que el enfermo defeque: las lesiones intestinales pueden ser tan grandes, que duren algún tiempo.

Sr. Gil y Gorroño.—Vió el enfermo en cuestión, pero para entonces ya le habían propinado enemas y purgantes sin resultado alguno. El propuso el enema eléctrico, cuyo resultado ya lo ha dicho el Sr. Esparza. Siete días después volvió á ser llamado, y encontró al enfermo con una peritonitis agudísima por perforación, ó por lo menos, esto es lo que él diagnosticó.

Sr. Lledo.—Da una conferencia acerca de la «Tuberculoterapia».

El Secretario General,

C. MENDEZA.

COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE VIZCAYA

Sesión de la Junta de Gobierno celebrada el 12 de Agosto de 1909

Bajo la presidencia del Sr. Saralegui y con asistencia de los Sres. Mas y Mas, Murrieta, Garaigorta, Goñi, Madaleno y Artaza, se aprobó el acta de la anterior.

Se dió lectura de una carta del Dr. Abras Xifra, subdelegado de Farmacia del distrito del Hospital de Madrid, manifestando que, como Presidente que fué de la Sección de Farmacia del cuerpo de subdelegados en el Congreso de Valencia, va á presentar el día 10 de Agosto al Sr. Ministro de Instrucción Pública, una instancia pidiendo sea abolida la aforación de pesas y balanzas en las Farmacias por los fieles contrastes y pidiendo el concurso de este Colegio y de los compañeros de Vizcaya, á los que ruega telegrafíen estos días al Sr. Ministro indicado, para que atienda dicha petición. El Colegio, conforme con aquéllo, ha puesto el día 10 indicado un telegrama al Sr. Ministro de Instrucción Pública, adhiriéndose á dicha instancia y ha pasado una circular á todos los colegiados dándoles cuenta del asunto y recomendándoles lo expuesto por el Dr. Abras Xifra.

Así mismo ha teleografiado al Sr. Ministro de la Gobernación felicitándole por su reciente reforma respecto á la apertura de Farmacias según el artículo 72, y en igual sentido ha escrito al Sr. Blas y Manada, Inspector de servicios farmacéuticos, por su acertada intervención en este asunto.

También ha escrito á este señor pidiendo instrucciones y aclaraciones sobre intrusismo en la carrera farmacéutica, deslinde de venta de específicos, aguas minerales, etc., etc., en Droguerías y otros establecimientos, para sumando datos ver si es posible hacer una enérgica campaña con resultado en dicho sentido.

Se dió cuenta también de una carta recibida del Presidente del Colegio de Farmacéuticos de Valencia, pidiendo nuestro concurso para la Asamblea farmacéutica que ha de celebrarse en dicha población ya con la asistencia de algún representante

de este Colegio, ya con el envío de algún trabajo profesional, quedando este asunto pendiente de estudio.

Los Sres. Presidente y Secretario dieron cuenta de sus conferencias con el Sr. Gobernador civil en fechas posteriores al acuerdo de la ampliación del cierre de las Farmacias los domingos, y expusieron á la consideración de la Junta los deseos de aquél, de que se firmara ante el mismo en nombre del Colegio y de la Asociación de Practicantes, un documento aceptando ambas partes la ampliación indicada. Convenientemente discutido el caso, se consideró por unanimidad impropcedente convocar á Junta general para recabar poderes para dicha firma, acordándose continuar el cierre de Farmacias como hasta ahora. Y no habiendo más asuntos que tratar se levantó la sesión.

El Secretario,
DR. ARTAZA.

Junta General extraordinaria celebrada el 19 de Agosto de 1909

Bajo la presidencia del Sr. Saralegui y con la asistencia de los Sres. Goñi, Celada, Bolivar, Zuazagoitia, Boyra, Sastre, Mas y Mas, Orive, Latorre, Murrieta, Larrínaga, Miguelez, Soto y Artaza, se abrió la sesión.

El Sr. Presidente dió cuenta de la reunión, presentando á los asistentes acto seguido al Sr. Villegas, Farmacéutico de Córdoba y miembro del Consejo de Administración del Centro Farmacéutico Nacional, cediendo la palabra á este señor, después de algunas consideraciones referentes á dicho Centro.

El Sr. Villegas comenzó exponiendo á los compañeros presentes la conveniencia é importancia que para la clase farmacéutica tenía la creación de dichos Centros, invitando á agruparse y cooperar todos bajo el antiguo lema de «La unión es fuerza», única manera de que la clase farmacéutica se regenere saliendo de esta apatía suicida en que se encuentra.

Después expuso al detalle, dando muestras en su elocuente é interesante conferencia de un entusiasmo y conocimientos

grandísimos, de la constitución, organización, marcha, etcétera, etc., de los centros farmacéuticos «Unión Farmacéutica Cordobesa» y «Centro Farmacéutico Nacional», creado y en funciones el primero hace trece años y en la que ha colaborado y colabora constantemente el Sr. Villegas, y cuyos resultados económicos han superado á los cálculos más optimistas, y en período de constitución el último, terminando su conferencia con un llamamiento á la clase farmacéutico Vizcaína para su cooperación á la constitución del Centro Farmacéutico Nacional.

Algunos señores farmacéuticos dirigieron al Sr. Villegas preguntas aclaratorias sobre algunos artículos del Reglamento del Centro Farmacéutico Nacional, que dicho señor satisfizo con suma amabilidad y gran conocimiento sobre las materias y después de suscribirse algunos farmacéuticos por varias acciones y considerando la conveniencia de dar cuenta de esta sesión el próximo día 23 del presente, aprovechando la Junta que debía celebrarse dicho día por el Centro Farmacéutico Vizcaíno y á lo que habían de acudir muchos farmacéuticos de la provincia no presentes en esta Junta, así se acordó; y no habiendo más asuntos de que tratar se levantó la sesión.

El Secretario,
DR ARTAZA.

SECCION PROFESIONAL

Centro Farmacéutico Vizcaíno.—No habiendo podido celebrarse el día 23 la Junta general extraordinaria de accionistas que estaba convocada, ésta tuvo lugar en segunda convocatoria en el local del Colegio de Farmacéuticos el día 25, á las once de la mañana, con asistencia de buen número de Farmacéuticos.

Presidida la Junta por el Vice-Presidente D. Ignacio Landázuri, el señor Secretario dió lectura de las actas de las numerosas sesiones celebradas por el Consejo de administración desde el mes de Enero, en que quedó constituida esta Sociedad hasta este día, siendo aprobadas por unanimidad.

A continuación el Sr. Gerente dió detalladas noticias acerca de la marcha social desde su fundación, haciendo un resumen de las cuentas generales del Centro, demostrando con ellas la viabilidad del mis-

mo y el hermoso horizonte que presenta para el porvenir. Hizo ver que el éxito obtenido se debe al entusiasmo con que la gran mayoría de los farmacéuticos de la provincia han respondido acudiendo incondicionalmente al Centro para la adquisición de todo cuanto han necesitado para el surtido de las farmacias, confiando en que en breve y por convicción no quedará en Vizcaya ningún compañero que deje de cooperar al engrandecimiento de esta Sociedad.

Dió cuenta de las ventas realizadas desde el mes de Abril hasta el de Julio inclusive, viéndose con satisfacción el aumento progresivo de las mismas, que en el último alcanzaron á la suma de 18.000 pesetas. Hizo resaltar el hecho de que este éxito fué obtenido espontáneamente, sin propaganda de ningún género, demostrando con ello que puede llegarse mucho más lejos en el porvenir, pues terminado ya el primer periodo social, ó sea el de constitución, el trabajo del Centro ha de ir perfeccionándose y ensanchando su radio de acción, ya que para ello tiene los principales elementos como son consumidores y entusiasmo en su obra.

A continuación se procedió á la elección del Consejo definitivo de Administración, acordándose por unanimidad confirmar en sus cargos á todos los señores que hasta ahora lo han constituido con carácter interino, dándose un expresivo voto de gracias para los mismos por la gestión realizada.

La Presidencia sometió á la Junta la conveniencia de reforzar el capital efectivo, á cuyo efecto invitó á los señores presentes á suscribir algunas acciones de las existentes en cartera, siendo un buen número de ellas las colectadas en el acto, y se acordó continuase abierta la suscripción en las oficinas del Centro así como que estas acciones puedan adquirirse en plazos mensuales mediante el pago de pequeñas cantidades en forma muy cómoda para los suscriptores.

Los concurrentes salieron muy complacidos de esta reunión por la buena marcha de la Sociedad.

Saludo.—Hemos tenido el gusto de saludar al distinguido farmacéutico de Córdoba y querido amigo nuestro Dr. D. Enrique Villegas.

El Sr. Villegas, como miembro del Consejo de Administración del Centro Farmacéutico Nacional, ha venido á esta villa con objeto de dar cuenta á los compañeros de esta provincia de la creación de dicho Centro y explicar los fines que persigue y los proyectos que se propone desarrollar: á este fin dió una conferencia en el Colegio de Farmacéuticos, que fué oída con gran interés por los que á ella acudieron. El Sr. Villegas ha salido para Santander y otras capitales con idéntico objeto. Lleve feliz viaje nuestro querido amigo y le deseamos completo éxito en su meritoria y desinteresada campaña.

Suscripción.—En las oficinas del Centro Farmacéutico Vizcaíno ha quedado abierta una suscripción de participación ó *ingresos* del Centro Farmacéutico Nacional; dichos *ingresos* son de 50 pesetas, de las cuales puede suscribir cada farmacéutico las que desee, hasta el *máximo* de 5.000 pesetas y además deberá suscribir otro *ingreso obligatorio* de 50 pesetas.

Se han suscrito ya buen número de farmacéuticos y creemos que

ninguno debe dejar de contribuir á esta gran obra de solidaridad profesional.

La Asamblea Farmacéutica Valenciana.—El Colegio de Farmacéuticos de Valencia está en plena organización para la Asamblea que se celebrará en aquella capital el 25 de Octubre.

Por la índole de los trabajos que se han de presentar, es de creer que esta Asamblea sea la de mayor importancia social entre las que se celebran en la ciudad del Turia con motivo de su Exposición Regional.

Todos los Farmacéuticos españoles deben cooperar al mayor éxito de esta Asamblea aportando á ella su concurso personal si es posible y si no causando por escrito en forma concreta y clara lo que á su juicio pueda contribuir á mejorar el estado actual de la Farmacia en España en forma de articulado de Ley, dirigiendo las comunicaciones al Secretario del Colegio, calle de Mar, 55, Valencia.

Varias personalidades y entidades han ofrecido premios diversos para temas de palpitante actualidad siendo los más importantes los siguientes:

D. Macario Blas y Manada: 250 pesetas.—Instalación de las farmacias para responder á las necesidades modernas de la terapéutica, sobre todo en sus aspectos de fisioterapia, opoterapia y bacterioterapia.

Colegio de Barcelona: 500 pesetas.—Imperiosa necesidad de limitar la farmacia en España. Medios para implantarla.

Doctor Abras Xifra: Un objeto de arte.—Necesidad de establecer en la Facultad de Farmacia la cátedra de «Ética farmacéutica.» Materias que comprenden su estudio y bases del mismo.

D. Ramón Sáiz de Carlos: 500 pesetas.—Utilidad de los laboratorios químico-farmacéutico en España y medios para que prosperen. Necesidad de la especialidad farmacéutica española como complemento de ellos.

Colegio de Farmacéuticos de Madrid: 250 pesetas.—Reformas necesarias en la legislación sanitaria para impedir que en una farmacia puedan ejecutar actos de dominio ó posesión quien no tuviese el título académico correspondiente.

Colegio de Palma de Mallorca: Un microscopio.—Forma de organización de las Cooperativas para el servicio farmacéutico y medios fiscales para su buen funcionamiento.

Dr. D. Salvador Andreu: 500 pesetas.—Necesidad de estrecha liga ó unión de la clase Farmacéutica Española, coadyuvada por la clase Médica, con el fin de contrarrestar la irrupción de específicos extranjeros, sustituyéndolos por los del país; y conveniencia de explicar en las Universidades algunas lecciones de elaboración y estética de específicos medicinales.

Colegio de Valencia: 250 pesetas.—Función sanitaria del Farmacéutico.