

MURCIA MÉDICA

PUBLICACIÓN MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y ESPECIALIDADES

FUNDADORES

Antonio Guillamón Conesa J. A. Martínez L. de Guevara
DIRECTOR ADMINISTRADOR

José Sánchez Pozuelos

SECRETARIO DE REDACCIÓN

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: CALLE DE ZOCO

REDACCIÓN

F. ALEMÁN, *Oftalmología*.—F. CANO, *Medicina general*.—M. S. CARRAS-COSA, *Ginecología*.—F. CONEJERO, *Sifiliografía*.—J. GALLEGO, *Pediatría*.—F. GINER, *Aparato digestivo*.—A. GUILLAMÓN, *Biología*.—J. A. MARTÍNEZ L. DE GUEVARA, *Aparato respiratorio*.—J. A. MOLINA NIÑIROLA, *Electrología*.—M. PRECIOSO, *Cirugía general*.—B. REY LARRAMENDI, *Medicina general*.—A. ROMERO, *Oto-rino-laringología*.—J. RUIZ MEDINA, *Neurología*.—J. SÁNCHEZ POZUELOS, *Aparato circulatorio*.

COLABORADORES.—DOCTORES: ALBALADEJO, Murcia.—ALBASANZ, Madrid.—AZUA, Madrid.—CAMPOS FILLOL, Valencia.—CAÑIZO, Salamanca.—CODINA CASTELLVÍ, Madrid.—CUBELLS, Albacete.—DECREF, Madrid.—GARCÍA DEL REAL, Valladolid.—GONZÁLEZ AGUILAR, Madrid.—GONZÁLEZ PELAEZ, Salamanca.—HERNÁNDEZ-ROS, Murcia.—LECHA-MARZO, Granada.—LÓPEZ SANCHO, Valencia.—LOZANO, Zaragoza.—MAESTRE, Madrid.—MANERO, Alicante.—MARAÑÓN, Madrid.—MARQUEZ, Madrid.—MATEO MILANO, Madrid.—MEDINA, Murcia.—PARDO, San Javier (Murcia).—PASCUAL, Madrid.—PIGA, Madrid.—PITTALUGA, Madrid.—RECASENS, Madrid.—RODRÍGUEZ FORNOS, Valencia.—ROYO GONZÁLVEZ, Salamanca.—SÁNCHEZ DE RIVERA, Madrid.—TOLOSA LATOUR, Madrid.—VERDES MONTENEGRO, Madrid.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

Un año. 5 pesetas
Número suelto. 1 id.

Anuncios, según tarifa

Se autoriza la reproducción de nuestros artículos a condición de indicar la procedencia. De todas las obras, monografías, folletos, etc. que se nos remitan dos ejemplares, publicaremos un estudio crítico. El envío de un solo ejemplar da derecho al anuncio en lugar correspondiente. No se devuelven los originales, ni se publicarán los artículos que no estén íntegros en esta Redacción.

SE SOLICITA EL CAMBIO DE REVISTAS

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Las contraindicaciones de los midriásicos y miósicos*, por el Dr. Márquez.—*Las nefritis: su concepto actual*, por el Dr. D. Salvador Pascual.—*Nueva técnica para la espectroscopia y cristalografía sanguínea*, por los Doctores Maestre y Lecha-Marzo.—*Hemorroides*, por el Dr. D. J. Rosado.—REVISTA DE LA PRENSA PROFESIONAL: *Neurología*, por D. José Ruiz Medina.—*Medicina*, por D. José Sánchez Pozuelos.—REVISTA DE ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. Relaciones entre la diabetes, la acromegalia y la enfermedad de Basedow* (continuación), por el Dr. D. Francisco Medina.—*Academia de Medicina de Paris. Terapéutica específica y profilaxis del botón de Oriente*.—*Bibliografía*.—*Noticias*.—*Anuncios*.



FARMACIA
CATALANA
DE
M. REBOROSO
(MURCIA)
LA MEJOR
SURTIDA
Y MAS
ECONOMICA



EN LA

FARMACIA CATALANA

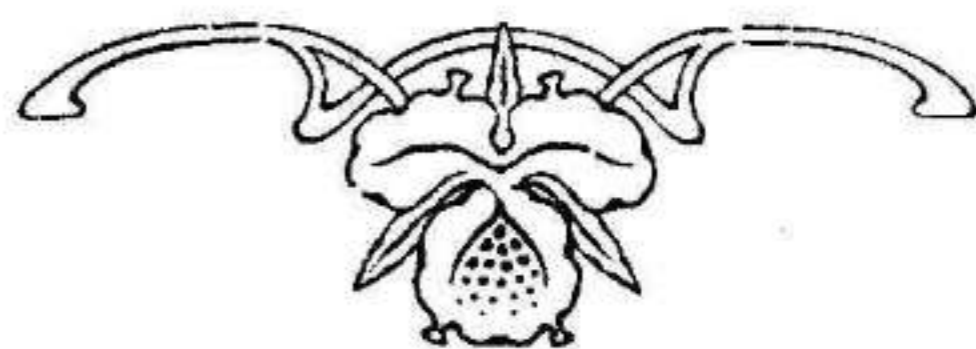
HAY EXISTENCIAS

DE

TODOS LOS PRODUCTOS

ANUNCIADOS

EN ESTA REVISTA



Especialidades

del Dr. AMARGÓS

FARMACÉUTICO LAUREADO CON EL PREMIO EXTRAORDINARIO DE LA FACULTAD DE FARMACIA
DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Premiadas en las Exposiciones Universales de París 1909, Barcelona 1888
y Buenos Aires 1910

La pureza de sus componentes, su exacta dosificación y su forma de preparación aseguran su virtud terapéutica

Vino Amargós Tónico nutritivo, preparado con peplona, quina gris, coca del Perú y vino de Málaga.

Vino Vital Amargós al extracto de *acanthæ virilis* compuesto. Es un excitante poderoso de las energías cerebro-medulares y gastro-intestinales y un excelente afrodisíaco.

Vino Iodo-Tánico Fosfatado Amargós Fortalece, robustece y purifica; substituyendo con ventaja al aceite de hígado de bacalao y sus emulsiones.

Elíxir Polibromurado Amargós Los bromuros estróncico, potásico, sódico y amoníaco químicamente puros, asociados con sustancias tónico-amargas.

Elíxir Clorhidro-Pépsico Amargós TÓNICO DIGESTIVO, de pepsina, colombo, nuez vómica y ácido clorhídrico.

Laxol Amargós a base de cáscara sagrada.

Menarquión Amargós para combatir la dismenorrea.

Elíxir de Hidrastis y Viburnum Amargós.

Pastillas Amargós de borato sódico, clorato potásico, cocaína y mentol.

Nuclerrhenal Amargós a base de glicerofosfato, nucleinato y vanadato sódicos, *acanthæ virilis* y arrhenal.

Suero Amargós TÓNICO RECONSTITUYENTE. Cada ampolla de 1 c. c. contiene: cacodilato de sosa, 5 cg.; cacodilato de estriquina, 1 mg.; glicerofosfato de sosa, 10 mgr.

Suero Amargós FERRUGINOSO. TÓNICO RECONSTITUYENTE. Cada ampolla de 1 c. c. contiene: cacodilato de estriquina, 1 mg.; cacodilato de sosa, 5 cg. cacodilato de hierro, 3 cg. y glicerofosfato de sosa, 10 cg.

DEPÓSITOS GENERALES

== FARMACIAS AMARGÓS ==

Plaza de Santa Ana, 9
(esquina a la calle de Santa Ana)

Calle de Cortes
(chafán a la de Claris)


BARCELONA

Además se expenden en las principales farmacias, droguerías y centros de especialidades farmacéuticas de todas las poblaciones importantes del mundo.


Elíxir de Guayaquina Fosfatada

DEL DR. MONLLOR

A BASE DE CREOSOTA, GUAYACOL, CLORURO DE QUININA Y BIFOSFATO DE CAL



EL MEJOR REMEDIO Y LA FÓRMULA
MÁS RACIONAL PARA EL TRATAMIENTO
DE AQUELLAS AFECCIONES CRÓNICAS
DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS
DE EXPECTORACIÓN ABUNDANTE, AS-
TENIA GENERAL, DESMINERALIZA-
CIÓN DE LOS TEJIDOS, EMAGIACIÓN
(TISIS) DEL ORGANISMO Y PÉRDIDA
: : : : : DEL APETITO : : : :



Empleada con gran éxito en los catarros de las vías respiratorias; Bronquitis, Bronconeumonías y Neumonías crónicas, particularmente en las que acompaña gran producción de exudados. En las Broncorreas purulentas con anorexia y consunción. En las Tuberculosis pulmonares cerradas. En las formas clínicas de Tuberculosis abiertas fibrocaseosas tórpidas. En las Tuberculosis latentes y larvadas. En las Tuberculosis complicadas con catarro crónico o subagudo, y en las formas esclerobronquíticas que se eternizan en su evolución.



De venta en las principales Farmacias

NUCLEO-FERROL

DEL DR. MONTERO

EL ÚLTIMO ADELANTO DE LA CIENCIA * MEDICACIÓN CIENTÍFICA Y RAZONADA

NUCLEO-FERROL

TÓNICO POTENCIAL

RECONSTITUYENTE

A BASE DE ARSÉNICO Y HIERRO ASIMILABLE

Esta preparación está recomendada por todas las emi-
nencias médicas, como única para combatir la

TUBERCULOSIS

NEURASTENIA * DEBILIDAD * ANEMIA

ENFLAQUECIMIENTO

CATARROS CRÓNICOS * INAPETENCIA

CONVALECENCIAS, ETC. ETC.

y todas cuantas enfermedades causen depresión en el or-
ganismo. Aumenta el apetito y peso, desaparece la fatiga,
evita los vértigos (mareos), favorece la digestión, reaparece
la alegría en el espíritu, da FUERZA, ENERGÍA y VIDA.

Es el reconstituyente por excelencia y el tónico más
poderoso conocido hasta hoy.

:: De venta en las buenas Farmacias y Droguerías de España ::

DEPÓSITO EN MURCIA

Farmacia Moderna

DE

AYUSO MIRÓ

— S. CRISTÓBAL, 6 —

DEPÓSITO GENERAL

Farmacia Moderna

DE

MONTERO

— CUENCA —

EN TODA CLASE de VÓMITOS y DIARREAS

y en toda clase de
indisposiciones
del tubo digestivo

EMPLEAD
**los SALICILATOS
de VIVAS PÉREZ**



adoptados de R. O.
por los Ministerios
de Marina y de
Guerra.

**LOS RECOMIENDAN
INDISCUTIBLES
AUTORIDADES MÉDICAS
CELEBRAN CON ENTUSIASMO SUS EFECTOS CUANTOS LOS USARON**

**INDISPENSABLES A LOS VIAJEROS
Y HOMBRES DE NEGOCIOS**



Empleado desde hace veinte años por toda clase de personas, cada día es más apreciado y recomendado por los médicos más amantes de la verdad, a quienes proporcionó grandes satisfacciones.

Las personas que sufren Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empeobrecimiento de sangre, Debilidad, Inapetencia y Menstruaciones difíciles, ven desaparecer sus padecimientos y las convalecientes se fortalecen en forma inesperada, mucho más si emplearon reconstituyentes extranjeros y aún nacionales, no en tan buen estado de asimilación y tolerancia.

Los informes que figuran en el prospecto, de las más sólidas reputaciones médicas españolas, prueban lo expuesto.

DE VENTA EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS
DEPÓSITO GENERAL: Farmacia de Vivas Pérez - ALMERÍA

DEPÓSITO EN MURCIA: FARMACIA DE SANTA TERESA

Gastrófilo Universal del Dr. Greus

Es el medicamento más rápido, eficaz y seguro que se conoce para curar pronto y radical las enfermedades del

ESTÓMAGO E INTESTINOS

Cura todas las enfermedades del aparato gastro-intestinal, como dispepsias, gastralgias, flatos, acideces, malas digestiones, dolores, vómitos, etc. etc. por crónicas, rebeldes y agudas que sean.

Carne Líquida del Dr. Greus

Concentración peptonífera y peptógena que en razón de nuestro especial modo de preparación reúne las ventajas del caldo y de las peptonas y resulta por lo mismo un estimulante y restaurador incontestable y un reparador de primer orden, quizá el primero entre los alimentos albuminoideos.

Extracto de Malta del Dr. Greus

Riquísimo alimento a la vez que poderoso tónico nutritivo y digestivo, pues por la perfecta concentración y esterilización a que se le somete, posee, aumentado, todo el valor de la mejor malta de cebada con que se le prepara.

PRIMER PREPARADO ESPAÑOL

Premiado con Medalla de Oro en las Exposiciones Regional y Nacional de Valencia

Antigua Farmacia y Laboratorio del Dr. GREUS

Sucesor: D. PEDRO VALERO.—Plaza de Sta. Catalina, núm. 4.

VALENCIA

Venta en Murcia: Farmacia de D. Antonio López Gómez

Y DEMÁS FARMACIAS DE LA CAPITAL

5 5 5 5 5 EN LA

Farmacia de San José

DEL LICENCIADO

MIGUEL GALLEGO ALCARÀZ

==== MONTADA CON ARREGLO A LOS ULTIMOS ADELANTOS DE LA CIENCIA ====

Encontrarán cuantas especialidades y medicamentos, químicamente puros, exige la terapéutica moderna para la curación de las enfermedades.

==== PRECIOS REDUCIDOS ====

ORTOPEDIA ... APARATOS DE CIRUGÍA ... OXÍGENO PURO

ESPECIALIDAD EN EL DESPACHO DE RECETAS

Plaza de Camachos, núm. 8.--MURCIA

RORIPMO

CURA GRIETAS Y TIÑUELA

DE LOS PECHOS

E. LÓPEZ S. SOLÍS.--FARMACIA DE SANTA EULALIA.--MURCIA

ACEITE DE RICINO

SIN COLOR, OLOR NI SABOR

Separado de todas sus impurezas y del gusto desagradable por un procedimiento especial.

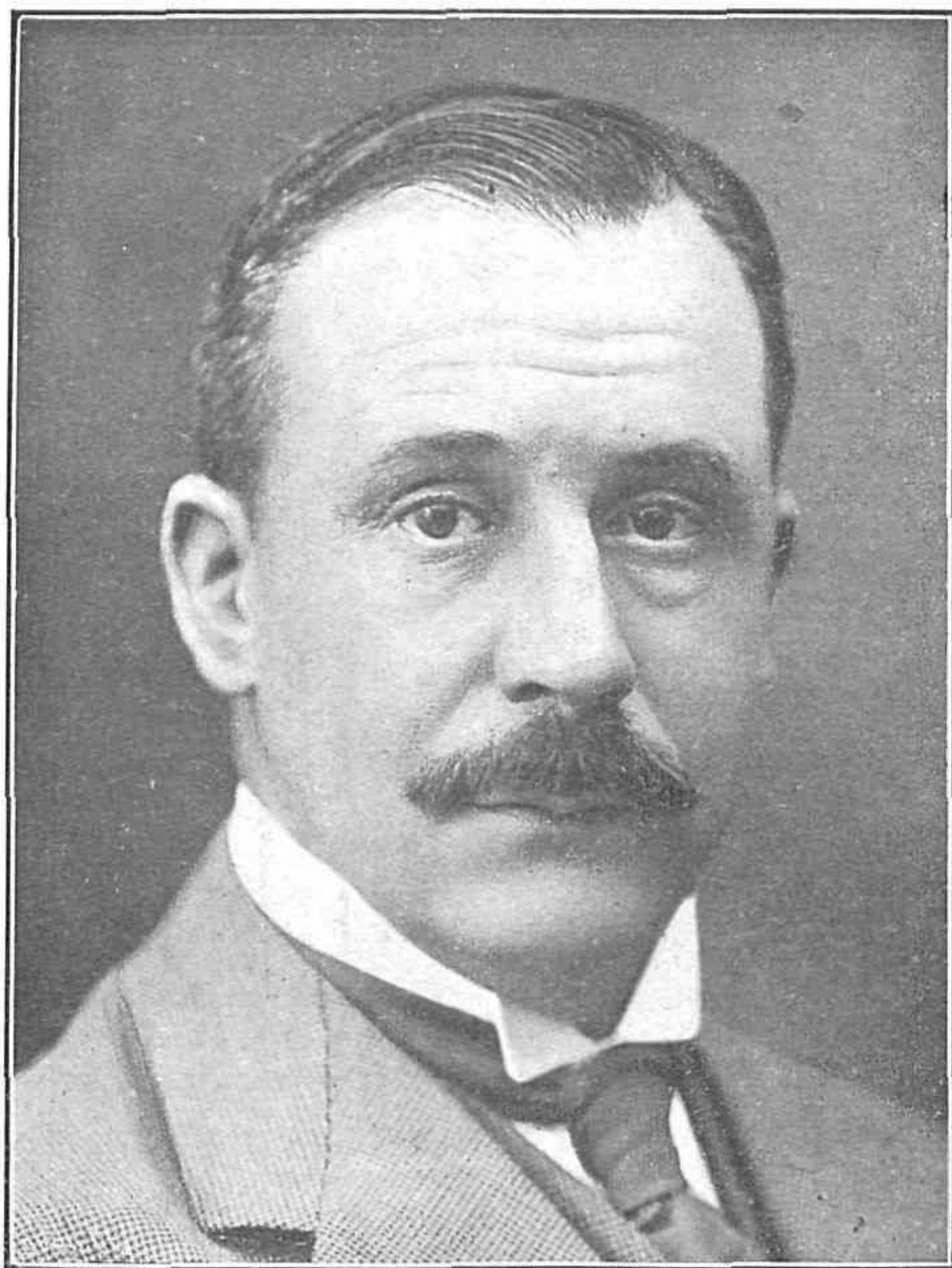
Farmacia Moderna de Ayuso Miró

EN ESTA FARMACIA HAY EXISTENCIAS

DE TODOS LOS PRODUCTOS ANUNCIADOS EN ESTA REVISTA

Sueros y Vacunas siempre recientes

Calle de San Cristóbal, 6 MURCIA Frente al antiguo Correo



Dr. D. Manuel Márquez

Catedrático de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Madrid

y Académico electo de la Real de Medicina





AÑO I

MURCIA-AGOSTO-1915

N.º 5

TRABAJOS ORIGINALES

LAS CONTRAINDICACIONES DE LOS MIDRIÁSICOS Y MIÓSICOS

— • —

Por el Dr. Márquez, Catedrático de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Madrid y Académico electo de la Real de Medicina.

SON éstos, sin duda, oportunamente manejados, los medicamentos más preciosos de la especialidad oftalmológica, a la vez y como compensación que los mayores daños pueden producir imprudentemente manejados. Por esto toda precaución será poca para establecer, con la mayor claridad posible, sus indicaciones y contraindicaciones respectivas.

El estudio de unas y de otras puede hacerse simultáneamente, pues tratándose de dos grupos de medicamentos antagónicos, las indicaciones de los unos equivalen a las contraindicaciones de los otros.

A. Empecemos por las dos más grandes y absolutas *contraindicaciones* de los *midriásicos* y *miósicos*: el *glaucoma* y la *iritis* respectivamente. En efecto: *la herejía* (si cabe la palabra) *más grande que en Oculística se puede cometer es instilar atropina* (1) *en un glaucoma* o *eserina* (2) *en una iritis*.

La razón es bien clara:

En el *glaucoma* existe un aumento considerable de la tensión intraocular, dilatación de la pupila y casi desaparición de la cámara anterior, por aplicación del iris a la córnea; pues bien, estos mismos efectos, aunque atenuados, son los que producen los *midriásicos*, los cuales, según lo dicho, no pueden menos de empeorar la afección.

(1 y 2) Al citar aquí y en lo sucesivo a la atropina y a la eserina, se entiende que lo que de ellas se diga es aplicable a todos los demás *midriásicos* o *miósicos*.

En la *iritis* hay casi siempre tendencia a la contracción pupilar, lo cual favorece la formación de sinequias entre la cara posterior del iris y la cara anterior del cristalino, así como la obturación de la pupila por los exudados. En tales circunstancias, los miósicos, exagerando la contracción pupilar y aumentando la capacidad de la cámara anterior por separación del iris de la córnea, o lo que es lo mismo, *por aproximación del iris a la cara anterior del cristalino*, favorecen la aparición de tales exudados, que son, como es sabido, las consecuencias más temibles de la *iritis*.

En ambos casos, pues, el mal que se causa al enfermo es considerable: un midriásico en el glaucoma exacerba considerablemente la afección y puede llevar rápidamente a la ceguera; un miósico en la *iritis* acarrea alteraciones también de gran consideración, y la oclusión pupilar produce trastornos de más o menos cuantía, que pueden llegar hasta la ceguera.

A la inversa: los midriásicos, en la *iritis*, ejercen el papel bienhechor de llevar el iris a la periferia, evitando la formación de las sinequias posteriores o, por lo menos, haciendo que éstas sean muy periféricas y estorben lo menos posible. En cuanto á los miósicos, en el glaucoma, que *teóricamente* debieran ser muy eficaces (dado que producen efectos inversos: descenso de la tensión ocular, aumento de la cámara anterior y contracción pupilar), dan algún resultado, pero no muy grande, porque *cuando la tensión ocular no es la fisiológica, la absorción se hace mal*, y en el glaucoma, además del gran aumento de presión interna, la córnea misma, a través de la cual la absorción se realiza, está con mucha frecuencia alterada, edematosa, como lo indica objetivamente el enturbiamiento o alteración de transparencia que en ella se observa.

La eserina y la pilocarpina, por lo tanto, en el glaucoma son útiles y aun en ocasiones bastan para tener a raya a un glaucoma; mas en otros casos sólo son ayudantes del único tratamiento verdaderamente eficaz: de la iridectomía y agentes que permiten un compás de espera en tanto que ésta se practica.

Mas como indicábamos más atrás se emplean medicamentos inoportunos muchas veces por errores de diagnóstico, y esto es lo que en el caso presente suele ocurrir, pues aunque parezca extraño, no deja de ser, por desgracia, frecuente la confusión entre una *iritis* y un glaucoma inflamatorio, por existir en ambos inyección ciliar; mas este error se evitará atendiendo a otros síntomas, tales como el aumento de tensión y la dilatación pupilar propios del glaucoma (el dolor del quinto par es común a las dos afecciones), mientras que en la *iritis*, por lo general, la tensión no varía y hay tendencia a la contracción pupilar, y en todo caso, la cámara anterior en el glaucoma está disminuída, mientras que en la *iritis* e irido-ciclitis serosas (únicas variedades en las que hay aumento de tensión) la cámara anterior está más bien aumentada. De todos modos, conviene tener en cuenta el mayor número de datos para formular el diagnóstico, porque en este caso el error es de fatales consecuencias, y una vez establecido—hay cosas que nunca se repetirán lo suficiente—*jamás se debe atropinizar un ojo glaucomatoso, jamás se instilará eserina en una iritis*.

Hay, sin embargo, una afección en que la conducta del médico, respecto al empleo de los midriásicos y miósicos, es dudosa, por existir a la vez indicaciones y contraindicaciones de idéntico valor: es la llamada *irido-ciclitis de tensión glaucomatosa*. En efecto, ésta participa de los inconvenientes de la iritis respecto de los miósicos y de los del glaucoma para los midriásicos.

Fuchs dice que en este caso hay que renunciar a la atropina y reemplazarla eventualmente por un miósico, mas esto es evitar un escollo para tropezar en el opuesto; así es que la conducta que nos parece más prudente es la de abstenerse de unos y de otros, y si lo que se quiere es rebajar la tensión ocular, hacer una evacuación del humor acuoso por medio de una paracentesis ó de una esclerotomya. (1)

Hay otra serie de afecciones en las que se discute mucho el empleo de los midriásicos y miósicos: son las *afecciones corneales*; la atropina y la eserina tienen sus entusiastas partidarios, que quieren emplear una u otra substancia casi sistemáticamente en todos los casos, y en esto precisamente se halla el principal defecto, porque en clínica, como recordaba elocuentemente Peter, no hay que ser nunca sistemáticos, hay que ser siempre *oportunistas*, adaptándose a las circunstancias de cada caso. Los criterios para formular bien las indicaciones y contraindicaciones pueden reducirse a estos tres: 1.º, *posibilidad o no de que aparezcan complicaciones iridianas*; 2.º, *que se trate o no de una afección que pueda terminar por perforación de la córnea*; y 3.º, *sitio central o periférico de la afección*.

1.º En gran número de afecciones corneales hay el temor de que aparezcan complicaciones por parte del iris, a causa de la vecindad inmediata con la córnea de dicha membrana, y esta es, a mi juicio, la razón de lo repartido que está el empleo de la atropina, de la que se usa y aun se abusa a diario. Esta substancia, contrayendo el iris e isquemiándole, es útil, pues, a título de agente *profiláctico* de la iritis, que en cualquier momento de toda afección corneal puede presentarse, y en este mismo concepto la eserina, según ya hemos dicho, está en absoluto contraindicada. Después insistiremos sobre este punto. Desde otro punto de vista, el espasmo reflejo persistente y doloroso del esfínter es también ventajosamente combatido por los midriásicos. Los miósicos, en cambio, no podrían hacer sino agravarle.

2.º Las afecciones corneales pueden terminarse o no por perforación. Cuando no es de temer la perforación, nos es indiferente el empleo de la atropina o el de la eserina; así es que las indicaciones o contraindicaciones se formularán desde otros puntos de vista; pero no ocurre ya lo mismo cuando la afección (úlceras, abscesos, etcétera), *por su profundidad*, puede, en un momento dado, hacerse perforante. Interviene aquí ya un nuevo elemento, que es *la presión intraocular*, la cual, si es un factor despreciable cuando la perforación no es de temer, tiene extraordinaria importancia cuando la córnea, reducida únicamente a sus capas más posteriores por el avance de la lesión en profundidad, amenaza romperse de un momento a otro por el

(1) Lo mejor sería una iridectomía; pero el iris inflamado soporta muy mal toda clase de operaciones.



predominio de la presión del contenido ocular sobre la resistencia del continente. Es natural que en este caso *los midriásicos* (que aumentan la tensión ocular) *estarán contraindicados*; por el contrario, los miósicos llenarán la indicación; sin embargo, veremos en seguida que en algún caso deberán, a pesar de todo, usarse los midriásicos con preferencia a los miósicos.

3.º Y, por fin, en las afecciones corneales perforantes tiene también mucho interés *el sitio* de las mismas, porque con arreglo a él, la indicación varía considerablemente. Veamos, ante todo, lo que sucede en el momento en que la perforación se verifica: el humor acuoso se vierte al exterior, el iris se aplica a la córnea, sobre todo al nivel del sitio de la perforación, constituyéndose una *sinequia anterior*, un *enclavamiento* o una *hernia* de dicha membrana, según que haya tan sólo adherencia a la cara posterior o introducción del iris pero sin sobresalir de la superficie corneal, o salida del mismo a través de la perforación. De todos modos, el resultado es en el fondo idéntico: que el iris queda para siempre aprisionado y sufre después continuos atirantamientos, por el hecho de los movimientos de dilatación y de contracción a que sus funciones le obligan, lo cual da lugar con frecuencia a fenómenos irritativos por parte de la región ciliar, consistentes en accesos de dolores en la esfera del quinto par, ciclitis y en ocasiones hasta la misma panoftalmía, favoreciéndose el desarrollo de los gérmenes por crearse en la membrana vascular del ojo un *locus minoris resistentiæ*.

A fin de evitar todos estos trastornos o de disminuirlos en lo posible, hay que establecer bien las ventajas e inconvenientes de los midriásicos y miósicos, en relación con el sitio de la perforación corneal. De una manera general puede decirse que, en las afecciones del centro de la córnea, se deben usar los midriásicos y están contraindicados los miósicos, mientras que en las periféricas sucede a la inversa.

La razón es fácil de comprender: los midriásicos llevan el iris a la periferia y favorecen el enclavamiento si la lesión de la córnea es periférica, sucediendo una cosa análoga a los miósicos con respecto de las perforaciones centrales. Por el contrario, el empleo de la atropina es racional, tratándose de úlceras o abscesos centrales, así como el de la eserina en las lesiones periféricas, porque aleja el iris del sitio de la perforación. En realidad no es, como se suele decir a menudo, que la atropina en las lesiones centrales, ni la eserina en las periféricas, *evite* la formación de la hernia del iris, porque la aplicación de éste a la córnea es un fenómeno *fatal* en cuanto la perforación se realiza. Lo que se busca es que, ya que no se pueda evitar, se haga en las menos malas condiciones posibles. Ahora bien, tratándose de una perforación central, el caso más desfavorable sería el enclavamiento existiendo miosis, porque cuanto mayor sea ésta, la parte del iris que se enclava se halla más cerca de la gran circunferencia, y, por lo tanto, la parte de iris comprendida entre el sitio del enclavamiento y la circunferencia mayor, se halla mucho más tirante, *sobre todo en los movimientos de dilatación*. A la inversa, si la perforación es periférica, lo peor que puede ocurrir es que la pupila esté dilatada, porque entonces es el esfínter el que tiene más facilidad de herniarse, y, por lo tanto, las tiranteces son enormes, *sobre todo en el momento en que la pupila se contrae*, en todos los sitios.

PREPARADOS

DEL

DR. BONALD

Núñez de Arce, 17.-Madrid

ACANTHA VIRILIS

Poliglicerofosfatada BONAL

Medicamento antineurasténico y antidiabético. Tonifica y nutre los sistemas óseo muscular y nervioso, y lleva a la sangre elementos para enriquecer el glóbulo rojo.

Frasco de Acanthea granulada, 5 ptas.

Frasco de vino de Acanthea, 5 ptas.



Elíxir antibacilar BONALD

THIOL COL CINAMO BANNADICO FOSFOLICÉRICO

Combate las enfermedades del pecho.

Tuberculosis incipientes, catarros bronco-neumónicos, laringo-faríngeos, infecciones gripales, palúdicas, etc., etc.

Precio del frasco: 5 pesetas

Pastillas BONALD

Las pastillas BONALD, premiadas en varias Exposiciones científicas, tienen el privilegio de que sus fórmulas fueron las primeras que se conocieron de su clase en España y en el extranjero.

Cloro-boro-sódicas:

- con cocaína.
- con cocaína y mentol.
- con guayacina y mentol.
- con guayacina y mentol y cocaína.
- con mentol.
- con pilocarpina.

Pastillas de cocaína, codeína y mentol.—Pastillas cinamo-benzoicas con heroína.—Pastillas de eucaliptus.—Pastillas vermífugas dosificadas.—Pastillas de frutos pectorales con cocaína.—Pastillas digestivas (pepsina, pancreatina, papaína, ingluvina y maltina).

CURACIÓN DE LA DIABETES

GLUCOSIDINA Y PREPARADOS DE COPALCHI BONALD

De venta en todas las farmacias y en la del autor
NÚÑEZ DE ARCE, 17.-MADRID



menos en el correspondiente a la adherencia. Luego *los miósicos en las lesiones centrales y los midriásicos en las periféricas están contraindicados*, lo cual equivale a decir que en las primeras deben usarse los midriásicos y en las segundas los miósicos, cuya utilidad respectiva en estos casos se comprende perfectamente, pues la adherencia se realiza de manera que la tirantez sea la menor posible.

En resumen: atendiendo a los tres grupos de circunstancias citadas, acabamos de ver que los miósicos se hallan contraindicados cuando son de temer complicaciones iridianas; que a los midriásicos les sucede lo mismo cuando la perforación de la córnea es imminente; y, por fin, que cuando se teme o se ha realizado ya la perforación, las lesiones centrales contraindican los miósicos y las periféricas los midriásicos. Pues bien, habrá casos en que se reúnan varias de estas circunstancias a la vez, y entonces, ¿qué conducta habrá que seguir cuando algunas exijan indicaciones opuestas? Aquí, como en tantos otros casos de la práctica, hay que poner en un platillo de la balanza las ventajas, en el otro los inconvenientes, y decidimos por el menor mal posible.

Así, por ejemplo, si se trata de una lesión corneal en la que tememos aparezca la iritis complicante, y al mismo tiempo es probable la perforación en la periferia de la córnea, si usamos la eserina para evitar el enclavamiento, favorecemos la formación de las sinequias posteriores y exudados pupilares; y si para evitar esto instilamos la atropina, favorecemos la rotura de la córnea por el aumento de tensión y el enclavamiento del iris en midriasis, es decir, en las peores condiciones. ¿Por qué conducta nos decidiremos en este caso? Pues por el empleo de la atropina, toda vez que las sinequias anteriores son menos graves que las posteriores, ya que contra éstas nada podemos y sí algo contra las primeras, o, por mejor decir, contra sus consecuencias, haciendo una iridectomía que pueda ser óptica y terapéutica a la vez.

Supongamos otro caso: una úlcera central y profunda que amenaza la perforación. Por ser central convendrá la atropina para alejar el iris del centro, pero la atropina aumenta la tensión intraocular y puede favorecer la perforación; a la inversa, la eserina disminuye la tensión, pero pone al iris en la situación más desfavorable para el enclavamiento en caso de ruptura. ¿Que hacer entonces? Pues teniendo en cuenta que en ésta influyen, más que las variaciones de la presión interna, la mayor o menor tendencia del proceso corneal a la perforación, es decir, que si ésta ha de tener lugar lo hará a pesar de la disminución de presión, y, en cambio, que si el proceso no tiene tendencia invasora no se verificará, a pesar de que la presión aumente algo; teniendo en cuenta, además, que en estado fisiológico la influencia de los midriásicos y miósicos sobre la presión intraocular es poco marcada y hasta existen divergencias en los autores respecto a esto, mientras que, por el contrario, la acción sobre los movimientos del iris es indudable, nos decidiremos por la atropina que, a cambio de aumentar ligeramente la presión interna, lleva el iris a la periferia y evita o disminuye el enclavamiento central y la oclusión pupilar que la eserina favorece. Esto no se opone a que, para reforzar el continente, se use al mismo tiempo el vendaje compresivo, a fin de evitar la perforación o por lo menos retardarla, y que se haga todo lo menos bruscamente posible.



En definitiva: en las úlceras corneales de todo género, las contraindicaciones de los mióticos son mayores que las de los midriáticos; razón por la cual soy partidario, con la Doctora Arroyo de Márquez, que así lo defendió en un trabajo, (1) del empleo preferente de la atropina, cuyas ventajas sobrepasan a sus inconvenientes.

No hay para qué ir analizando uno por uno todos los casos posibles, que serían muy numerosos; bástenos saber que con las pautas generales dadas, y ateniéndonos en cada caso al mejor o al menos mal resultado posible, habremos llenado a conciencia nuestra misión en la clínica.



(1) *Del empleo preferente de la atropina en las úlceras corneales*, por la Dra. Arroyo de Márquez. Comunicación al XI Congreso Internacional de Oftalmología. Nápoles, 1909.

Ceregumil Fernández

ALIMENTO VEGETARIANO, COMPLETO, A BASE DE CEREALES Y LEGUMINOSAS

¡¡MEJOR QUE LA CARNE Y LA LECHE!!

*Especial para niños, nodrizas, ancianos, enfermos del estómago
y convalecientes.*

FERNÁNDEZ y CANNIVELL (Montilla)

De venta en las principales Farmacias y Droguerías de la Capital



Las nefritis: su concepto actual

Por el Dr. D. Salvador Pascual, del Instituto de Medicina Legal de Madrid.

El estudio de las nefritis ha progresado tanto en estos últimos diez años que seguramente no hay otro asunto de la práctica médica en que se haya llegado a una precisión tan grande en exploración, diagnóstico y tratamiento.

Desde que a la antigua clasificación (clínica e histológica, pero basada en la histología), en nefritis *epiteliales*, *intersticiales* y *mixtas*, se opuso la moderna, basada en la fisiología patológica, según la clase de sustancias retenidas, muchos puntos se han aclarado y el régimen de leche, recomendado en todo proceso renal, ha sido substituido por otros a la vez más racionales y más justos, en correspondencia con el tipo clínico en cada caso.

No quiere esto decir que la leche debe ser desechada del régimen de los nefríticos; la leche continúa siendo un alimento excelente y un *medicamento* recomendable en estos procesos, pero lo que nosotros queremos decir es que hay procesos de nefritis crónica en los cuales la leche no ejerce ningún efecto beneficioso, y en algunos su influencia es contraproducente; así sucede en las nefritis crónicas con retención clorurada, en las cuales conviene más un régimen declorurado que el régimen lácteo puro.

Esta perfección en el estudio de las nefritis se ha hecho gracias a la fisiología, tanto normal como patológica, del riñón, en cuyo estudio se ha llegado a perfeccionamientos verdaderamente colosales. No están todos los puntos de fisiología renal agotados; quedan aún muchos asuntos (cambios gaseosos en el riñón, secreción interna de la glándula etc.) que necesitan nuevas y pacientes investigaciones.

Widal, Lemierre y Javal, (1) demostraron que, según la forma que afectaban las nefritis, existía o un trastorno de la eliminación de los cloruros, o un trastorno de la eliminación de la urea, o un trastorno de eliminación de estas dos sustancias a la vez.

Estudiaron primero la patogenia de los edemas, y establecieron que la hidratación del organismo es función de la retención clorurada y que la retención clorurada puede, por si misma, en una clase de nefríticos, ser provocada o suprimida por la ingestión de cloruros o su restricción en la alimentación.

Para poner fuera de duda el papel del cloruro de sodio en la patogenia de ciertos edemas brighticos, estos autores recurrieron a la prueba de la cloruria alimenticia prolongada durante varios días (véase mas adelante). Bajo la acción de

(1) Véase «Société Médicale des Hopitaux» (1903) y «La cure de decloruration (Widal, actualités médicales, París, Bally-Bailliére. 2.^a edition).

este régimen clorurado, en enfermos con edema, todos los trastornos dependientes de él se aumentaban así como también subía el peso del enfermo. Por el contrario, el régimen declorurado provocaba la poliuria y una disminución de los edemas. La prueba más palpable de esto la han dado con la observación de un enfermo, durante setenta y dos días, en el cual han visto que la hidratación y la deshidratación de los tejidos marchaban paralelos con la cloruración y la decloruración.

Demostraron además estos autores que, contrariamente a lo que se creía hasta entonces, las sustancias azoadas no jugaban ningún papel en la formación de los edemas.

De todo esto se desprendía una conclusión práctica de la mayor importancia, a saber: el uso del régimen declorurado en la terapéutica de los edemas.

Junto a este síndrome de retención clorurada, los mismos autores hicieron conocer la existencia de un tipo de nefritis crónica con retención azoada.

Ya veremos cuando nos ocupemos de la descripción de cada tipo clínico en particular la importancia que el estudio de la urea sanguínea tiene en patología renal, en lo que se refiere al diagnóstico y principalmente al pronóstico del proceso nefrítico.

TIPOS CLÍNICOS DE NEFRITIS

Nefritis agudas. Aceptamos la clasificación de Castaigne (1) en nefritis agudas pasajeras, nefritis sobreagudas y nefritis agudas típicas.

La *nefritis aguda pasajera* tiene muy pocos síntomas, hasta el punto de que si no se la buscara sistemáticamente en todo enfermo afecto de un proceso infeccioso, pasaría desapercibida, y de hecho así sucede, en la mayoría de los casos. Se manifiesta por una disminución notable de la cantidad de orina, albuminuria generalmente pequeña (0.10 a 0.50 gramos por litro) hematuria perceptible al microscopio y un ligero trastorno de permeabilidad renal demostrable por los medios que luego diremos.

El examen microscópico del sedimento muestra además de los glóbulos rojos, leucocitos y cilindros granulosos.

No existen ni edemas, ni síntomas urémicos, ni trastornos cardíacos.

La *nefritis aguda típica* se caracteriza por síntomas muy claros y que podemos agrupar en cuatro clases.

Los síntomas urinarios consisten en disminución de la cantidad de orina; orinas rojas, encendidas, con escasa eliminación de urea y cloruros.

Albúmina en gran cantidad.

El examen microscópico del sedimento demuestra hematíes, leucocitos y cilindros, principalmente granulosos.

Las funciones renales están disminuídas.

Los trastornos clorurémicos se manifiestan por edemas, que faltan raramente.

(1) Manual des maladies des reins, Debore. Achard y Castaigne y Les maladies des reins.— Le livre du Medecin. París, 1914.

Pueden estar localizados en los miembros inferiores, párpados etc. o afectar el tipo anasárquico con su fusión en la pleura, peritoneo, etc.

Los síntomas urémicos consisten en dolor de cabeza, calambres, ruidos de oídos, vómitos, disnea, etc.

Respecto de los síntomas cardíacos, puede presentarse, aunque no es constante, el ruido de galope.

A estos síntomas suelen añadirse fenómenos de orden infeccioso localizados en el riñón (dolor lumbar, aumento de volumen) o el resto del organismo (fiebre, leucocitosis, esplenomegalia, etc).

La *nefritis sobreaguda* se manifiesta generalmente por la anuria, anuria que resiste a todos los tratamientos, y que mata al enfermo en coma. Nosotros hemos visto morir un enfermo al sexto día de una intoxicación por sublimado en anuria completa. Esta forma aunque es muy grave no siempre es fatalmente mortal.

NEFRITIS CRÓNICAS

A los tres tipos admitidos por Castaigne en su libro, hay que añadir el tipo de albuminuria pura, descrito por Widal (1) y en concordancia con esto describiremos cuatro tipos, que pueden presentarse solos, aislados unos de otros, aunque lo más frecuente es que se asocien de distintas maneras.

(a) *Forma albuminúrica simple*. Se llama así a la nefritis que se caracteriza exclusivamente por la albuminuria permanente, sin que a este síntoma vengan a añadirse otros trastornos dependientes de alteración renal. Son enfermos con una gran cantidad de albúmina, sin cloruremia, sin azotemia, sin hipertensión, sin disminución de las funciones renales: *tienen única y exclusivamente una albuminuria abundante y persistente*. Esta forma puede acompañar o evolucionar hacia uno de los tipos siguientes.

Nosotros hemos tenido ocasión de observar un caso típico de nefritis crónica albuminúrica pura, en Murcia, en consulta con el médico de cabecera Sr. López Ambit. Este enfermo tuvo durante mucho tiempo (algunos años) una albuminuria oscilando entre 0.75 y 1 gr. por 1.000, sin otros síntomas urinarios, cardíacos y con un estado general excelente. Recientemente hemos tenido noticias de que ha muerto, no sabemos si a causa de su proceso nefrítico o por enfermedad intercurrente.

En estos enfermos, se aumenta la cantidad de albúmina haciendo la prueba de la cloruria alimenticia.

El examen microscópico del sedimento demuestra células y cilindros granulados, cosa muy digna de tenerse en cuenta para no aceptar las ideas de Dieulafoy (véanse sus clínicas) que no considera a estos enfermos como nefríticos crónicos.

(b) *Forma clorurémica*. Esta forma se caracteriza por un trastorno de los

(1) Lección inaugural del curso de enfermedades del riñón y cápsulas suprarrenales, dado en París en 1915.

cambios acuosos, condicionado por un trastorno de los cambios clorurados (Am-bard. (1) Clínicamente, tiene albuminuria y edemas.

El edema aparece primeramente en la cara, párpados, en los tobillos y va ascendiendo progresivamente a lo largo del miembro inferior hasta llegar a los muslos, escroto, pared abdominal etc. Primeramente, aparece y desaparece; luego, al generalizarse, se hace fijo; es indolente.

El edema está condicionado por la retención clorurada, según se desprende claramente de los trabajos de Achard. (1) primero, y de Widal y sus discípulos, después. No queremos entrar en este artículo en el campo de la fisiología patológica, pero sí diremos que los cloruros retenidos en los tejidos, absorbiendo el agua necesaria para su dilución, constituyen el elemento patogénico importante del edema, sin que conozcamos la razón patogénica por la cual los cloruros son retenidos en el organismo. Se ha invocado el papel del riñón, la acción primitiva de los tejidos, dificultad en la circulación etc.

En las formas de mediana intensidad, y en las graves, a los edemas superficiales, de tegumentos, acompañan edemas de las serosas y las vísceras; muchos de los síntomas, antes inexplicables de las nefritis, se encuentran ahora aclarados desde que conocemos las retenciones hidrocioruradas en los diversos aparatos.

En el sistema nervioso, por ejemplo, está fuera de duda, desde los estudios de Widal, que la cefalea, la respiración de Cheyne-Stokes, el delirio, las convulsiones, el coma, etc. son muchas veces debidas a la retención clorurada. Citan el caso de un enfermo con ataques de eclampsia curado simplemente por el régimen declorurado.

Claro es que estos síntomas nerviosos son más frecuentes en la forma azotémica, pero observaciones como la citada anteriormente demuestran que se presentan también en la forma que estudiamos ahora.

También han puesto fuera de duda Widal, Morax, André Weill (2) que muchos trastornos visuales, que están producidos por un estado congestivo del fondo del ojo, y que ocasionan amaurosis súbitas y transitorias, son dependientes de la cloruremia, aunque decimos como anteriormente, estos trastornos se presentan más frecuentemente en la forma azotémica y en la hipertensiva.

En el aparato respiratorio, la retención clorurada da lugar a brotes de bronquitis e hidrotorax. Nosotros hemos tenido ocasión recientemente, en consulta con los Dres. González Bravo y Oliva, de observar una señora afecta de nefritis crónica forma clorurémica, con brotes de bronquitis y expectoración abundantísima; estaba, además, anasárquica. Bajo la influencia del régimen declorurado, unida a la administración de dos gramos de teobromina por día, los accidentes respiratorios desaparecieron completamente y los edemas periféricos se están reabsorbiendo, aunque con mucha lentitud.

(1) *Physiologie normale et pathologique de reins*, París, Giltler, editeur. 1914.—*Le role du sel en therapeutique et le role du sel en pathologie* (L'oeuvre médico-chirurgical. París. Mason, editeur).

(2) *L'azotemie au cours des nephrites chroniques*.—These de París. 1915.

En el aparato digestivo, la cloruremia da lugar a vómitos y diarrea, pudiéndose demostrar, tanto en las materias vomitadas como en las heces, la existencia de una cantidad exagerada de cloruro de sodio.

Los síntomas urinarios que acompañan a este tipo de nefritis, consisten en oliguria, orinas turbias, de densidad elevada, con disminución de la cantidad de cloruro de sodio y eliminación normal de las restantes sustancias. Albuminuria abundante.

El examen microscópico del sedimento demuestra hematíes, células y cilindros granulosos.

El estudio de las funciones renales demuestra que en esta forma no hay impermeabilidad renal más que para una clase de sustancia, los cloruros; en cuanto a las restantes, se eliminan en cantidad normal o superior a la normal.

En esta forma no se presentan síntomas dependientes del aparato circulatorio, ni ruido de galope ni hipertensión.

Castaigne ha señalado en esta misma forma la lactescencia del suero sanguíneo.

(c) *Forma azotémica*. Llamada hidrúrica por Castaigne, y también uremígena, se caracteriza por la retención de urea en la sangre con todos los síntomas que se desprenden de ello.

Tiene tres órdenes principales de síntomas: síntomas urinarios, síntomas cardio-arteriales y síntomas dependientes de la intoxicación urémica.

Hay poliuria y polakiuria, sobre todo nocturna. La cantidad de orina del día está por encima de dos litros; orina pálida de escasa densidad, con disminución de todas las sustancias disueltas e indicios de albúmina.

Los síntomas de aparato circulatorio consisten en hipertensión, hipertrofia del ventrículo izquierdo y ruido de galope. A estos síntomas típicos de la nefritis azotémica se añaden otros, como las palpitaciones y la angina de pecho.

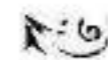
Los síntomas dependientes de la intoxicación urémica son sobre todo digestivos y nerviosos. Por parte del aparato digestivo, existe inapetencia, estomatitis, vómitos y diarrea. La inapetencia es progresiva y llega a producir verdadera repugnancia para toda clase de alimentos. La diarrea es serosa o sero-sanguinolenta; en ella y en los vómitos suele encontrarse urea.

El síntoma más típico de la nefritis azotémica, por parte del sistema nervioso, consiste en el abatimiento, ese estado de postración y somnolencia que llega a veces hasta el coma completo. El enfermo tiene una torpeza intelectual tan grande, que comprende todo cuanto se le dice pero no es capaz de contestar a las preguntas.

Existe una depresión general intensa.

Hay prurito muy intenso y muy característico. En la tesis de André Weill se citan muchas observaciones de Widal en las cuales fué este el único signo revelador de la azotemia.

La retinitis albuminúrica es dependiente también de la azotemia, y ahora nos explicamos perfectamente conociendo la patogenia de este síntoma, el por qué los



médicos antiguos, que eran grandes clínicos, daban una importancia pronóstica tan grave a este signo.

La permeabilidad renal para el azul de metileno está retardada y prolongada.

(c) *Forma hipertensiva*. Está caracterizada exclusivamente por síntomas cardio-arteriales.

Ha sido descrita primeramente por Widal. Comprende todos los síntomas que Dieulafoy había descrito con el nombre de *pequeño brightismo* así como también otros considerados como dependientes de la nefritis hidrúrica de Castaigne o como complicación de ella.

Hemos dicho que los síntomas dominantes son de orden cardio-arterial.

El corazón está hipertrofiado; existen palpitaciones dolorosas. Por auscultación se nota ruido de galope y reforzamiento del segundo tono aórtico.

Las arterias son duras y sinuosas, como en la arterio-esclerosis.

Como dependiente de la hipertensión pueden presentarse crisis de edema agudo de pulmón, hemorragias retinianas, meningeas, epistaxis, hematurias, etc.

Y como dependientes de la dilatación cardíaca existen taquicardia y arritmias.

Unidos a estos síntomas, se presentan los que antes se describían como *pequeños signos*, a saber: dolor de cabeza, vértigos, ruido de oídos, trastornos visuales, moscas volantes, sensación de dedo muerto, enfriamiento de las extremidades, calambres, etc.

Estas formas que hemos descrito no se presentan generalmente en toda su pureza e independientemente unas de otras sino que por el contrario se combinan entre ellas dando origen a formas mixtas.

La nefritis azotémica, por ejemplo; casi nunca se presenta pura, pudiéndosele añadir el síndrome cardio-arterial de hipertensión y la cloruremia.

Y lo mismo decimos para las otras formas.

(Continuará)





**CORAZON
PULMONES**

TRATAMIENTO MODERNO

DE LA

TUBERCULOSIS

J. A. Martínez L. de Guevara

ESPECIALISTA

CALLE DE ZOCO

MURCIA

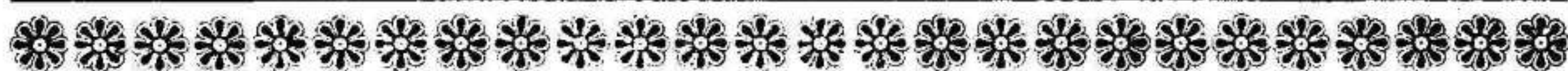
Eloy López Ambient

 **ODONTÓLOGO**

Consulta de 9 á 1 y de 3 á 6

CALLE DEL PRÍNCIPE ALFONSO, N^{ROS.} 8, 10 Y 12

MURCIA



**GARGANTA NARIZ
Y OIDO**
DR. ANGEL ROMERO ELORRIAGA
ESPECIALISTA

CONSULTA: DE DIEZ A UNA
GRATUITA: LUNES, MIÉRCOLES Y VIERNES DE TRES A CUATRO
ALFARO, 1 Y PLATERIA, 57. MURCIA

Nueva técnica para la espectroscopia y cristalografía sanguínea

Por los Dres. Maestre y Lecha-Marzo

Sin duda alguna, la causa principal de que los métodos de hemodiagnóstico médico-legal no den resultados evidentes en todos los casos de la práctica, es la dispersión del material sospechoso. Para evitarlo, todos los investigadores trataron de encontrar reactivos que, como el amoníaco, otros álcalis, la piridina, etc., permiten extraer en muy poca cantidad de reactivo gran cantidad de material sanguíneo. Todos reconocemos que, a pesar de estas prácticas, en muchos casos el material sospechoso no se encuentra lo suficientemente concentrado para permitir las pruebas del hemodiagnóstico.

Así, por esto, algunos autores recomiendan llevar al porta-objetos los hilos o partículas sospechosas, para someterlos directamente a las pruebas cristalográficas, evitando de esta manera la disolución y dispersión. Otros autores se han preocupado en aumentar la sensibilidad de la demostración espectroscópica de la sangre. Citron (1910) ha recomendado un dispositivo que se adapta a todos los espectroscopios de mano: emplea un vasito de vidrio, de 4 milímetros de anchura, 36 de longitud y 20 de alto, y lo desliza delante de la abertura del colimador del prisma, en una pequeña hendidura entre dos railes; de esta manera, la pequeña cantidad de líquido se puede examinar a gran espesor. Corin (1911) ha propuesto, para obtener el espectro por el artificio del gran espesor, el empleo de un tubo capilar. Y así, nos sería fácil continuar la demostración de nuestra tesis.

Creemos que estas técnicas pueden simplificarse. Nosotros procedemos de una manera un poco distinta y mucho más práctica. Utilizamos como material el papel gelatinado de los fotógrafos, como los papeles al citrato y también los papeles a la celoidina, que privamos de las sales de plata por un baño en hiposulfito sódico. Empleamos también las películas fotográficas sometidas al mismo tratamiento, y hojas de celuloide que nosotros mismos preparamos extendiendo una capa delgada de gelatina.

La técnica sirve para todas las manchas que asientan sobre objetos lisos, como armas, espejos, porcelana, madera, mármol, etc. Humedecemos el papel reactivo, la película fotográfica (casi siempre de las dimensiones de un porta-objetos ordinario), sumergiéndola varios minutos en agua, y después de eliminado el exceso de líquido por aplicación del papel secante, aplicamos nuestro porta-objetos sobre la superficie plana, cóncava o convexa que contiene la huella, aumentamos su adherencia por presión, y a los pocos minutos separamos ya la película, que ha traspasado por completo la huella. Si alguna vez la operación fracasa, puede repetirse con el mismo trozo de película varias veces. Una mancha de sangre puede impresionarnos varios porta-objetos. Algunas veces convendrá humedecer la mancha con un fino pincel.

Nuestro amigo el Dr. Eug. Stockis, ha estudiado el traspaso de las impresiones y manchas con ayuda de los papeles y películas fotográficas. En las dos monografías (1) publicadas por nuestro colega, estudia particularmente el traspaso de las huellas digitales, y consigna que los mismos procedimientos sirven para reproducir el contorno y traspasar gotas de sangre y manchas de todas clases.

Esto es una mínima aplicación. Nosotros proponemos un método general, utilizando como base el traspaso en la película fotográfica. Una vez traspasada la mancha nosotros podemos fotografiarla, reproduciéndola con un papel fotográfico sensible y utilizando la película como placa fotográfica.

Después llevamos a la platina del microscopio la película que contiene la huella traspasada, y el examen demuestra, especialmente en los bordes de la mancha, glóbulos rojos intactos. Sustituimos el ocular ordinario por el ocular micro-espectroscópico, y en algunos casos, con manchas de alguna antigüedad, hemos podido observar las bandas de la oxihemoglobina. Hasta ahora dos pruebas han sido intentadas, y no hemos sometido la mancha a ningún tratamiento.

Si en los glóbulos rojos se presentan masas difíciles de examinar, podemos ensayar el reactivo de Virchow (solución de potasa al 52 por 100), que aísla muy bien los glóbulos rojos sin deformarlos; sustituyendo nuevamente el ocular por el micro-espectroscopio, observamos el espectro característico del hemocromógeno. En vez de este método, ponemos en práctica otras veces el procedimiento de diascopea de manchas de sangre, propuesto recientemente por De Dominicis: fragmentación del material sospechoso en una gota de esencia de orégano y acción inmediata de una gota de solución de eosina en paraldehido; montaje en euparal.

Sobre las huellas traspasadas al papel y película fotográfica, obtenemos también las reacciones de oxidación, como la reacción de Van Deen y variantes por la tintura de guayaco, la reacción de Schaer-Rossel (a la aloína), la de Meyer-Kastle (a la fenoltaleína), la de Adler (a la bencidina), la de Ganassini (a la eosina), etcétera. (2) Obtenemos también la prueba de Donogany por la piridina y el sulfuro de amonio. De esta manera, algunos modos de operar que habían sido propuestos (Ellermann, 1911) para aumentar la sensibilidad de las pruebas, no son ya necesarios.

Cuando para el traspaso de las huellas hemos utilizado el papel gelatinado, para la observación de los glóbulos rojos recomendamos el microscopio que, para el examen directo de las manchas de sangre en las armas, ha construido la casa Nacet (método de Florence, epimicroscopia), o el opaciluminador de Leitz o el ocular del microscopio del modelo Remtjoe, construido por Reichert.

Sobre las manchas de sangre traspasadas en el celuloide gelatinado hemos ensayado también los métodos de cristalografía sanguínea. Los resultados que obtuvimos con el yodo y los reductores piridina y sulfuro de amonio, fueron verdaderamente notables. Los cristales de hemocromógeno y de yodo-hematina, o de yodo-hemo-

(1) *Stockis*: Nouvelle méthode par transfert des empreintes et des taches. *Revue de Droit Penal et de Criminologie*. Noviembre 1910. *Archiv. Intern. de Med. leg.* 1911.

(2) Sobre esta nueva reacción véase la nota publicada con el interno señor Cl. Aznar en los *Archives internationales de Médecine légale*, 1913.

cromógeno, como quiere llamarlos Leers, aparecen rápidamente y numerosísimos. La sangre adquiere un bello color rojo sanguíneo transparente. El método de la piridina y del ácido pirogálico, para la obtención de cristales fijos, permite también resultados brillantes.

Estos preparados permiten la observación del espectro del hemocromógeno, sobre cuya importancia se insiste ya tanto (Dominicis, Lochte, Kalmus, Ziemke, Dilling, Lattes y otros muchos). Presenta en la zona ultravioleta un espectrograma característico, que permite reconocer la sangre a diluciones muy grandes.

Las otras pruebas espectrales son también posibles.

Además, el traspaso de la sangre al papel gelatinado o al celuloide, no impide la ejecución de las pruebas biológicas de diagnóstico de especie.

En conclusión: la ejecución de las distintas pruebas sanguíneas sobre la película fotográfica que contiene el material sospechoso traspasado, permite resultados muy netos, no alterando el material sospechoso traspasado, permite resultados muy netos, no alterando el material en algunas de ellas y economizando siempre gran cantidad de este último, que reservamos para las pruebas biológicas.

Creemos que estos ensayos servirán para aumentar la confianza que tenemos en los procedimientos de diagnóstico médico-legal de las manchas de sangre.



HEMORROIDES

Por el Dr. D. J. Rosado, de Málaga.

Etimológicamente se debiera significar con esta palabra todo flujo de sangre, puesto que se deriva y está compuesta de las griegas *ema*, sangre, y *reo*, yo fluyo; en la actualidad, sin embargo, se designan así unos tumorcitos, que nacen en el orificio anal o en el interior del recto y que se hallan constituidos por la dilatación ecstasia o várices de las venas hemorroidales.

Causas.—En la circulación ascendente, contrípeta o regresiva, dichas venas son afluentes de la porta principalmente—por intermedio de la hemorroidal superior—y, aunque en más pequeña parte, de la ilíaca interna—por las ramas, que acompañan a las arterias hemorroidales media y superior—. Tal circunstancia, la carencia de válvulas en las mismas venas, la situación del plexo hemorroidal en un plano de tejido areolar laxo, su falta de apoyo por el lado de la mucosa durante la defecación y la posición declive de esta región anatómica explican orgánicamente las congestiones rectales y anales.

Así es que cualquier obstáculo a la circulación de retorno, ya sea fisiológico, como el embarazo, o ya patológico, como un tumor intrapelviano o proceso morboso en el corazón, hígado e intestino, favorece la estancación de la sangre en las venas hemorroidales y máxime si el paciente es de constitución débil.

Este mismo resultado producen la antihigiénica costumbre de no defecar diariamente; la de llevar una vida sedentaria; la de usar, y más aún, la de abusar de las bebidas alcohólicas; la de excederse en la ingestión de alimentos, particularmente si son de naturaleza animal; la de condimentarlos extraordinariamente; la de sentarse o acostarse en asientos o lechos blandos y calientes, y la de excitar frecuentemente el aparato genital.

También se puede provocar terapéuticamente este padecimiento cuando abusamos de los purgantes, especialmente si son drásticos, como el áloes; de los balsámicos, como el guayacol; de los enemas y de los baños de asiento que se aproximen ó pasen de 37° C., etc.

Sintomas.—Una vez constituidas las hemorroides, propagan su estado congestivo a las venas de la próstata y de la vejiga, alterando en estos órganos las funciones respectivas; determinan un tan insoportable prurito, que los pacientes se ven obligados a rascarse, aun en los actos más solemnes de la vida social, habiendo casos, además, en que algunos de aquéllos se entreguen a ciertas aberraciones altamente degradantes y morbígenas; causan en la margen del ano, en los lados del recto, en el periné y en las nalgas un dolor más o menos intenso, que se exacerba cuando los pacientes están de pie o andan; y desfiguran aquellos sitios anatómicos, llegando a formar en las agudizaciones tumores lobulados, negruzcos, voluminosos y repulsivos desde el punto de vista estético.

Complicaciones.—Originan hemorragias que dan lugar muchas veces a pro-

fundas anemias y que hasta pueden ocasionar la muerte; abscesos, cuyas supuraciones resultan muy persistentes y hediondas; fistulas, que producen continuas suciedades y que imponen operaciones no siempre eficaces; fisuras que, por ser el punto de partida de irresistibles dolores después de la defecación, obligan a practicar la dilatación y rotura forzadas del ano; estrangulaciones, que pueden terminar por la gangrena de toda la parte *herniada* y una proctitis crónica, que se asocia a prolapsos, estrecheces y flujos mucopurulentos interminables.

Terapéutica.—Tiene ésta que ser preventiva, o profiláctica y represiva, o curativa.

1.º No podemos remediar las condiciones anatómicas expuestas, ni tampoco el hecho de que, siendo las venas hemorroidales intermediarias entre la circulación general y la de la vena porta, participen de las alteraciones inherentes a la una y a la otra.

Algo podemos influir en los embarazos, cuidando de que la mujer encinta no deje de pasear discretamente; de que, sin emplear medios que congestionen el recto, defequen a diario; de que mantenga libre la circulación periférica, no permitiéndola el uso del corsé, ni el de ninguna otra prenda que constriña; y de que, para la limpieza local, se abstenga de los semicupios.

Importa muchísimo el tonificar las naturalezas endebles por medio del aire libre y puro; del sol, tomado prudentemente; de la hidroterapia fría, o fresca, por lo menos, prefiriendo la de las aguas del mar; de la estancia periódica en climas altos y secos; de los preparados ferruginosos, arsenicales, fosforados, estrícnicos y opoterápicos; de la corrección de todos los vicios físicos, intelectuales y morales que acentúen más la debilidad; de la práctica de todas aquellas costumbres y virtudes que contribuyan a la conservación y aumento del caudal orgánico heredado o adquirido, y de una bromatología exquisita, tanto en la cantidad como en la calidad y régimen.

Debe procederse, médica o quirúrgicamente, a desembarazar las cavidades abdominales y pelvianas de todo obstáculo patológico que se oponga al desagüe fisiológico de las venas hemorroidales.

Hay que tratar sabiamente las enfermedades hemorroidógenas —las cardíacas, hepáticas y colo-intestinales principalmente—, a fin de que, quitada la causa, desaparezca el efecto.

Es necesario curar a todo trance el estreñimiento, porque, además de la dificultad circulatoria que presenta la masa excrementicia retenida, por sí solo puede producir hemorroides, a causa del esfuerzo mecánico que exige la defecación. Se corrige, y aun se previene este defecto, con el vegetarianismo y, particularmente, con el arrope, la meloja, la miel, las substancias aceitosas y el pan integral, o sea el moreno; con el ejercicio corporal, y especialmente con el masaje abdominal; con la costumbre de madrugar y de ingerir temprano una infusión caliente—que no sea de café cargado, o de determinada cantidad de agua fría, y con el propósito firmísimo de habituarse a defecar en una hora fija. Pero en el tratamiento de la obstrucción rectal hemos de tener en cuenta, respecto a los purgantes, que casi todos alteran



más o menos las funciones gastro-intestinales; que los más congestionan el recto y expulsan las masas excrementicias sin previo reblandecimiento ni disgregación, ocasionando en el ano lesiones *distócicas*; y que los salinos producen estreñimiento consecutivo, aumentando, por consiguiente, el que preexistiera. Aplicables son éstas o análogas consideraciones a los enemas e irrigaciones, pues no siempre resultan inocuos el repetido contacto de las cánulas, la torpeza del que las pone, los movimientos intempestivos de los pacientes y las sustancias, de que se compongan: debemos aducir, además, contra estos medios desobstruyentes que el pudor, cuando, v. gr., las jóvenes no se *autoirrigan*, la carencia de los respectivos aparatos, la estancia en casa ajena, etc., dificultan o imposibilitan la efectividad de aquéllos.

Así como el que mucho come poco y mal vive, el que abusa de la alimentación, en especial de la animal, se expone a contraer multitud de enfermedades, y desde luego la hemorroidal, ya porque el hígado, no funcionando bien, entorpece la circulación de retorno, o ya porque el exceso de los *ingesta* origina en el tubo gastro-intestinal muchas toxinas que indirectamente lo emperezan, y que, una vez absorbidas, irritan sus vasos, predisponiéndolos a la congestión. Este mismo efecto causan las bebidas alcohólicas, el café y los condimentos, particularmente los picantes y salados. Hay, pues, que declarar la guerra a la gula, porque considerada en su más lata acepción—comidas y bebidas, sin excluir las acuosas—es el pecado capital que más víctimas causa.

Muchísimo se activará la circulación, no poco se combatirá el estreñimiento y algo se atenuará el vicio guloso, si en nuestro régimen de vida dedicamos suficiente tiempo al ejercicio corporal. Ya lo decía Chomel: *se digiere con las piernas*; y cada día se confirman las ventajas que reporta la práctica del antiguo aforismo: *motus, optima medicina corporis*. Así es que el escolar, el dependiente de comercio y los hombres dedicados al bufete o a la carpeta, no deben permanecer mucho tiempo sentados ni puestos de pie; alternen esas actitudes con paseos al aire libre, o, por lo menos, dentro del recinto, en que se encuentren, y ahorren de sus respectivos quehaceres o de sus estancias en círculos, cafés y teatros algunas horas del día, algún día de la semana o determinada temporada del año, para entregarse con fe a su cultura física.

Procuren todos someterse a la prescripción facultativa cuando hayan de tomar baños, enemas, purgantes o cualquier medicamento, que requiera la supuesta o real enfermedad que piensen tratar.

Y cuiden de la limpieza general del cuerpo, y particularmente de la concerniente a la región ano-perineal, lavándola con delicadeza y secándola por presiones suaves—y no por frotaciones—con papel blando y flexible, o, mejor todavía, con algodón esterilizado.

2.º No siempre se llevan a cabo todos los precedentes consejos; la lucha por la vida, la incultura de las gentes, la falta de hábitos higiénicos, la pereza de muchos, los vicios de varios y un pudor mal entendido en algunas mujeres, dan lugar, juntamente con las condiciones orgánicas enumeradas, al génesis de las hemorroides o contribuyen a su agravación. Si así ocurre, no pensemos en recurrir de *bue-*

mas a primeras a los procedimientos quirúrgicos, como la dilatación anal o la resección de las venas hemorroidales, porque afortunadamente contamos con medios farmacológicos locales que, sin ser incompatibles con la terapéutica general procedente, nos conducen al triunfo en casi todos los casos.

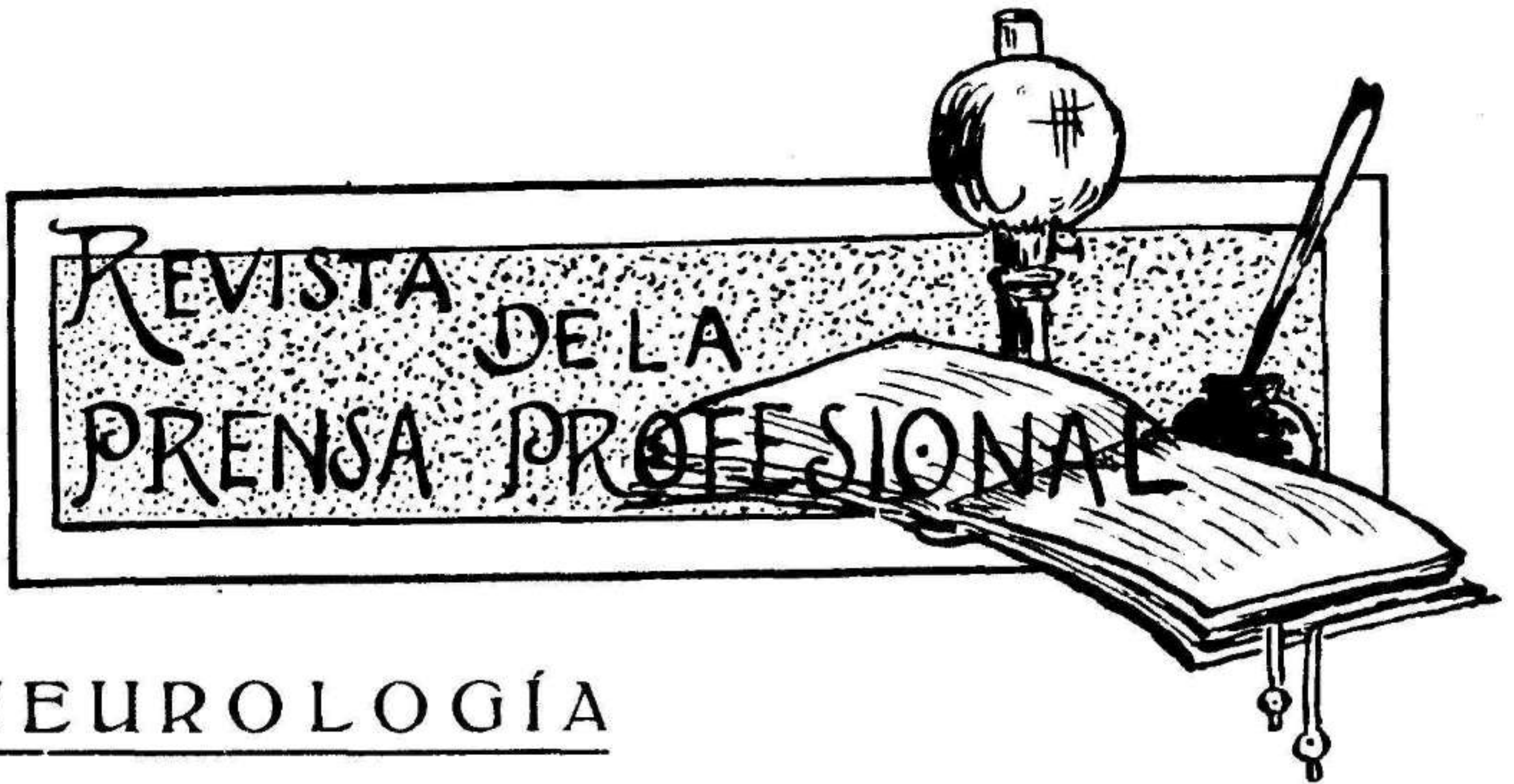
Como se infiere de cuanto anteriormente hemos expuesto, en el tratamiento local de las hemorroides hay que llenar indicaciones desinfectantes, descongestivas, antihemorrágicas, antipruriginosas, analgésicas, laxantes y resolutivas. Ahora bien; ante esta complejidad de acciones terapéuticas y ante la perplejidad que el práctico ha de sentir para decidirse por alguno de los muchos medicamentos hasta ahora recomendados y empleados, era de desear que tuviéramos a nuestra disposición un solo preparado, que reuniera la suma, o la mayor parte al menos, de aquéllas, y que nos librara del titubeo consiguiente a la multiplicidad de los agentes preconizados como antihemorroidales.

Por lo que nosotros hemos podido comprobar en nuestras Clínicas, particular y hospitalaria, ese preparado insustituible está justamente representado por el anusol, feliz combinación de bismuto con el sulfito de resorcina yodurado y que, asociado al *zincum oxydatum* como auxiliar, y al *butyrum cacao* y al unguento céreo, como vehículo, es también de comodísima aplicación.

En efecto, con los supositorios de anusol hemos conseguido reiteradamente desinfectar y descongestionar la mucosa rectal; cohibir sus hemorragias; calmar el prurito y los dolores inherentes a este padecimiento; resolver las nudosidades hemorroidales y ejercer una actuación beneficiosa en la hipertrofia de la próstata y en las oxiuros vermiculares. Y, para que este remedio pueda considerarse como verdadero específico contra las hemorroides, hemos podido comprobar que, con la introducción de un supositorio de anusol por el recto, la totalidad de las materias fecales se convierte en una masa pastosa, que el paciente evacua con mucha facilidad y sin ningún dolor, porque evita a la mucosa rectal, casi siempre sensible y ulcerada, los rozamientos y presiones consiguientes al *excesivo volumen y dureza* de los excrementos.

Finalmente, podemos y debemos consignar también, como resultado de nuestras experiencias clínicas, que, siendo estos supositorios absolutamente inofensivos, los hemos empleado satisfactoriamente en personas de todas las edades, en las mujeres embarazadas y en las puérperas.





NEUROLOGÍA

Revista de Medicina y Cirugía Prácticas (núm. 1.373).—*Descripción clínica de la neuritis de los obreros de los arrozales, por el Dr. Suárez de Figueroa.*

El Dr. Suárez nos presenta un concienzudo estudio de cierta clase de *neuritis*, que él llama *de los obreros de arrozales*, considerándolas como una especie nosológica, con individualidad clínica definida, habiéndole servido de fundamento para su descripción, las observaciones hechas en los obreros de los arrozales de Cataluña.

Las considera el autor como *neuritis mixtas*, por presentar síntomas *sensitivos, tróficos, vasomotores, y motores*; es frecuente observar también la disminución de la excitabilidad *galvánica y farádica* de los nervios motores.

Los trastornos *sensitivos* son los primeros en el orden de aparición sintomática, y están representados por *adormecimiento de las partes afectas, sensación de peso, hormigueos, dolores, pinchazos, sensación de desgarró, etc....* El dolor, síntoma capital del comienzo, tiene siempre su asiento en el pie y pierna; pero nunca sube más arriba de la rodilla del individuo afecto.

Aparece más tarde cierto *enfriamiento* de las extremidades inferiores, y a continuación siguen los síntomas correspondientes a los *trastornos tróficos*; los cuales consisten generalmente en la caída de los pelos de la pierna, no de una manera general, sino en forma de islotes, cuyo diámetro oscila entre el tamaño de una moneda de dos céntimos y el de una moneda de cinco pesetas. Aparece después el *adelgazamiento de la piel* y las *atrofias musculares*.

Desde el primer síntoma, *dolor*, hasta la aparición de los *trastornos tróficos*, existen una serie de *trastornos funcionales* que acaban por enfriar y entumecer el miembro afecto e imposibilitarle para el movimiento.

Al llegar aquí, aparecen los últimos síntomas, ó sean los *trastornos motores*, que adaptan los tipos más variados de *paresias* y *parálisis*, dando origen a dos clases de *marcha* en estos enfermos. La una recuerda la *marcha del Aeppage*, la otra resulta una *marcha acelerada*, a consecuencia de la inestabilidad de los pies, que sólo prestan el apoyo de las extremidades de las últimas falanges.

Boletín mensual del Colegio de Médicos de Gerona (núm. 235).—*Algunas consideraciones sobre diagnosis y cura de las neurosis, por D. Juan Alzina.*

Es una comunicación leída en la Reunión Comarcal de los Médicos del partido de Olot, por su autor Juan Alzina, Director del Manicomio de Salt.

En ella revela profundos conocimientos médicos y un espíritu observador de gran transcendencia en la *diagnosis*.

Hace notar la gran importancia que tiene el laboratorio para el estudio y para el diagnóstico de las enfermedades, y aun para el tratamiento de las mismas.

Hablando de las *neurosis*, encarece la necesidad, no sólo de un diagnóstico, sino que también es preciso conocer a fondo la naturaleza íntima del síndrome o enfermedad, aquilatando el síntoma y su patogenia.

No basta diagnosticar, por ejemplo, una *neurastenia*: es preciso indagar los antecedentes, ora familiares, ora personales: pues no será igual el tratamiento de un

PIPERAZINA
ARTRITISMO,
REUMA,
GOTA, MAL DE PIEDRA
EL MEJOR DISOLVENTE DEL ÁCIDO ÚRICO
DR. GRAU



alcohólico, que el de un sífilítico o el de un agotado por los placeres, o por el trabajo; y el de un neurasténico por desórdenes digestivos, o por *excesivo mimo*.

Hay que pensar si es racional imaginar *que tal variedad de factores perturbe el organismo del mismo modo, y lesione en igual forma los elementos nerviosos, y siendo distinto el mecanismo perturbador, distinto será el tratamiento que se haya de aplicar en unos y otros casos.*

Es necesario, en suma, tener en cuenta, la *clase* de los desórdenes; pero sin olvidar la importancia de la calidad de los mismos, y además las *circunstancias, condiciones, y factores* que producen el desorden en cada caso particular.

Hay que desconfiar del médico que todo lo fía en su *ojo clínico*: pues si bien es cierto que éste es un buen medio, y una buena condición que ayuda y facilita el diagnóstico, nunca es suficiente para razonarlo, y expone a veces a una lamentable equivocación, que obedece siempre a falta de cultura profesional, y de observación escrupulosa que explique el *por qué* de cuantos fenómenos se produzcan en los enfermos.

La epilepsia obedece a una variedad de causas que la producen, las más extrañas y las más distintas: y aun en la misma epilepsia esencial, es preciso penetrar en las interioridades del enfermo, e interrogar todas sus funciones, *para establecer una cura apropiada, porque no hay que dar la misma dosis de bromuro, ni señalar los mismos remedios en general al epiléptico que tenga su tubo digestivo normal, que al que padezca de estreñimiento, o de enteritis, etc.* Y lo mismo puede decirse del *histerismo, las fobias, las ideas obsesivas, etc.*

La naturaleza, dice el autor, nos da sólo concatenaciones causales, que el médico debe esforzarse en conocer en toda su amplitud, y en las *neurosis*, sobre todo, estas concatenaciones son de una riqueza admirable.

Es cierto, y la fisiología cada día nos da más pruebas de ello, que existe un valor digno de tener en cuenta para la génesis de ciertos procesos neurósicos, en los trastornos de las glandulares sanguíneas, y no cabe duda que el día en que sean bien conocidas las funciones de las glándulas endocrinas, tendremos la clave de muchos secretos; pero del mismo modo que sería absurdo, invocar al *microbio* para todas las enfermedades, sería también equivocado, achacar a los trastornos de las glándulas citadas todos los procesos neurósicos, sobre todo los de orden psíquico.

JOSÉ RUIZ MEDINA



El más energético de los reconstituyentes.
Indispensable en todas las convalecencias.

MEDICINA

Medicina y Libros Médicos (Junio 1915).
Enorme aneurisma intrapericardiaco de la aorta, por el Dr. D. José Codina Castellví.

El trabajo que el Dr. Codina nos presenta, es de los que familiarmente llamamos los médicos «un bonito caso», y claro está los que tal calificativo merecen casi siempre van acompañados de una próxima defunción, pero en cambio, está muy distante de poder comprobar con la autopsia lo que fué diagnosticado clínicamente; no ocurre con el que él nos cuenta lo propio, puesto que más adelante veremos los importantes detalles que por ella nos relata siendo esto motivo para que doblemente pueda llamársele «bonito».

Dice el Dr. Codina, que en su clínica del Hospital General y en la cama número 42, había un enfermo hombre de 67 años, casado, jornalero y natural de Veredas (Ciudad Real). No puede el enfermo precisar antecedentes hereditarios y por lo que se refiere a los personales es necesario un detenido interrogatorio para venir en conclusión a saber que a los trece años tuvo viruela, a los veinticinco paludismo, a los veintisiete un chancro sífilítico (según él, curado en *un mes* de tratamiento) y a los treinta y uno, otra vez paludismo.

La enfermedad actual, dice el enfermo, data de dieciseis meses que empezó por notarse un tumor del tamaño de un huevo de gallina en el lado derecho del esternón, alrededor del segundo espacio intercostal, en estado de reposo; dice que no le provoca molestia ninguna y únicamente al caminar o subir escaleras o hacer algún esfuerzo le provocaba tos seca, disnea y fuertes dolores en la región enferma, haciéndolos desaparecer en el momento que cesaba la causa productora. Deduce de lo relatado por el enfermo como digno de tenerse en cuenta, el no haber presentado nunca ni disnea, ni tos, ni crisis dolorosas, ni sincopal, ni hemoptoica, antes de notarse la tumoración, es decir, que se había desarrollado sin ir precedida de ninguno de esos accesos y conflictos cardio-respiratorios que a más de lo angustiosos que son para el enfermo ponen su vida en peligro inminente. Durante los dieciseis meses que contaba su enfermedad y el tiempo que permaneció en su clínica no hay que anotar a lo ya dicho respecto a la sintomatología, más que fueron acentuándose conforme la tumoración iba en aumento. Dice el Dr. Codina que una vez ingresado en su enfermería y hecho desnudar de cintura para arriba vió un hombre algo demacrado y en el que llamaban la atención además de la enorme tumoración torácica, la plenitud del sistema venoso superficial, especialmente en los miembros superiores. En dos magníficos fotograbados hechos por el Sr. Padró puede apreciarse lo enorme de esta tumoración que es ovalada y cuyo mayor diámetro es el horizontal, mide 25 centímetros, siendo el vertical de unos 15 y haciendo un relieve sobre la superficie del tórax 10 centímetros; está situado en el centro de la pared del tórax siendo sus límites laterales, las líneas mamilares; por arriba, los segundos



espacios intercostales y el extremo inferior del mango del esternón; y por abajo, el quinto espacio intercostal a la derecha y la sexta costilla a la izquierda y el extremo inferior de la hoja del esternón en el centro. El tumor es de superficie lisa sin relieves que correspondan a costillas y cartílagos ni depresiones representantes de espacios intercostales; es pulsátil y la pulsación es isócrona con la contracción ventricular. En los focos cardíacos están apagados los ruidos, no descubriendo la auscultación ni soplos, ni murmullo diastólico. Los pulsos de las radiales son diferentes y para demostrarlo acompaña dos estigmogramas donde en el de la radial derecha, el vértice de la curva es puntiagudo, mientras que en el de la izquierda está en forma de meseta y la línea descendente del trazado no tiene en aquella tantas ni son tan manifiestas las oscilaciones secundarias de elasticidad como en esta.

Dice el Dr. Codina que nada tan claro para hacer el diagnóstico de aneurisma aórtico, con lo que el enfermo presenta de sintomatología, pero que a pesar de esta facilidad, hay dos fenómenos que hacen meditar en el presente caso y que son:

1.º Las dimensiones del aneurisma sin haberse presentado nunca conflictos cardio-respiratorios graves; y 2.º la situación del aneurisma y la desigualdad de pulsos radiales. Hace atinadas observaciones sobre el volumen de este enorme aneurisma, y cree que para alcanzarlo fué indispensable la rotura de la pared aneurismática de la aorta, aun cuando el clínico pueda tener motivos de duda por el hecho repetido de no tener crisis dolorosas, disneicas, sincopales o hemorrágicas, pero admite la posibilidad por los casos que registra la ciencia citando el por él descrito en «Revista de Medicina y Cirugía prácticas» del 14 de agosto de 1910, que se trataba de otro caso de aneurisma de la aorta abierto en pleno parénquima pulmonar simulando una pleuresía y sin ir acompañado de hemoptisis ni muerte repentina. Dice que podría explicarse en el caso que nos ocupa la rotura de la aorta sin crisis graves, porque el tejido conjuntivo proliferara excitado por la dilatación aneurismática de modo que al romperse esta pared o al reabsorberse todas las tónicas que es lo más probable se encontró la sangre con una resistencia que le impedía su difusión por órganos vecinos, evitando a su vez dichas crisis dolorosas y la muerte repentina. Dado todo lo dicho como cierto, no queda más que diagnosticar el punto preciso del asiento de la lesión, que por lo manifestado puede pensarse que se encuentra en el segmento ascendente de la aorta, pero como este segmento está formado de dos partes, una intrapericardiaca y otra extrapericardiaca, hace observaciones muy atinadas creyendo que existen motivos clínicos suficientes para sospechar que sea intrapericardiaco por cuanto estos aneurismas son los que con gran frecuencia no dan lugar a sintomatología alguna y suelen terminar por rotura, provocando la muerte repentina por inundación de la cavidad del pericardio.

Supuesto ya que el aneurisma sea intrapericardiaco se hace la pregunta siguiente: ¿Cómo explicar la desigualdad de los pulsos radiales? Y como convencido de que su diagnóstico está bien hecho, dice que solamente se lo explica de estas dos maneras o el esfigmomanómetro estaba mal colocado o existía un proceso aórtico independiente de este gran aneurisma comprendido entre el tronco braquiocefálico y la subclavia izquierda, no cree que sea por defecto de aplicación. Sienta



el diagnóstico siguiente: *Aneurisma de la aorta*, probablemente con rotura de paredes arteriales, situado en la parte extrapericardiaca del segmento ascendente con lesiones de paredes de los troncos principales que emergen de la aorta y todo ello de naturaleza sifilitica.

Sentado este diagnóstico y ante la enormidad del tumor no pensó en tratamiento activo por creerlo ineficaz y se limitó a administrar al interior el cloruro de calcio para favorecer la coagulabilidad de la sangre, evitando en lo posible una rotura externa. Vivió tres meses y cuatro días en su enfermería sin presentar otros fenómenos que una ortopnea creciente que acabó con su vida.

Si interesante es hasta aquí lo que nos cuenta el Dr. Codina, lo es mucho más la autopsia practicada y que no queriendo aminorar el valor que tiene la copiamos íntegra por creer que el extracto quitaría el mérito científico que tiene; y dice así:

«Comenzamos por disecar la piel que cubría al tumor y con el cual tenía tan íntimas adherencias que fué sumamente difícil separarla de la parte que rodeaba a la escasa que había en el centro más prominente de la tumoración. Separada la piel, se hizo una incisión crucial del saco y se extrajo su contenido.

Este estaba formado por coágulos sanguíneos, la mayor parte negros, blandos y recientes, y la menor parte blancos, duros, organizados y estratificados, y adheridos fuertemente a la cara interna del aneurisma especialmente en las proximidades de la unión de la aorta con el saco. El peso de los coágulos extraídos llegó a la enorme cifra de 5.910 gramos es decir cerca de cuatro kilogramos. La escara a que antes hemos aludido estaba íntimamente unida con los coágulos estratificados de la periferia del saco los cuales servían de tapón para evitar una rotura externa en el caso de haberse desprendido dicha escara.

Limpia la cavidad, se comprobó enseguida que se comunicaba directamente con la aorta por medio de un agujero del diámetro de una moneda de cinco pesetas y de bordes duros engrosados y rugosos.

La superficie interna de este enorme saco era, en sus proximidades a dicho agujero, rugosa y mamelonada con manchas pálidas y rojizas, y en el resto, aunque bastante desigual mucho más fina y uniforme.

La textura y consistencia de la pared del saco podía dividirse en dos partes, correspondientes a cada una de las dos clases de superficie interna; la primera, o sea la que desemboca en el agujero estaba formada por un tejido duro casi cartilaginoso y sembrado de placas calcáreas como si fuera una continuación del tejido de la aorta; y la segunda o sea el resto del saco estaba formada por un tejido blando al parecer conjuntivo y proliferado al compás que progresaba el volumen de la tumoración.

Adheridos y englobados por esta magma de tejido conjuntivo, se encontraron los cartilagos costales segundo, tercero y cuarto de cada lado, mas un centímetro aproximadamente de las costillas correspondientes; la porción de esternón que va desde tres centímetros por de bajo de la horquilla hasta la mitad de la hoja, había desaparecido totalmente, sin encontrarse rastro macroscópico de él en la pared del saco.

El agujero que ponía en comunicación este saco con la aorta era perfectamente redondo, tenía el diámetro, como hemos dicho, de una pieza de cinco pesetas, y estaba situado en la cara anterior de la aorta.

El extremo inferior del diámetro vertical de este agujero estaba a 15 milímetros de la inserción basilar de las sigmoideas aórticas; las caras laterales y posterior de la porción de aorta correspondiente al agujero estaban muy dilatadas formando una cavidad cuando menos del tamaño de una naranja y el todo estaba perfectamente cubierto por el pericardio, engrosado de un modo extraordinario. Los agujeros de las coronarias se hallan en el comienzo de esta dilatación aneurismática.

A unos cuatro centímetros por encima del extremo superior del diámetro vertical del agujero, nacía el tronco braquio-cefálico y sucesivamente y a sus distancias fisiológicas la carótida y subclavia izquierdas.

A raíz del nacimiento de este último vaso comenzaba otra dilatación de la aorta del tamaño también de una naranja aunque de forma más bien ovalada cuyo diámetro mayor seguía la dirección de la aorta.

Tanto este aneurisma del segmento descendente, como el intrapericardíaco, como el resto de la aorta y el nacimiento de los grandes vasos tenían las paredes como las de la primera porción del saco grande, es decir, eran de consistencia dura cartilaginosa y la superficie interna era rugosa, en algunos puntos mamelonada con placas calcáreas de gran fragilidad de variados tamaños, formas y relieve y con manchas isquémicas alternando con otras rojas más o menos circunscritas.

Las válvulas aórticas ligeramente endurecidas de mayor espesor y menor transparencia no eran insuficientes: todas las demás válvulas eran normales.

El miocardio estaba cubierto por una gruesa capa de grasa, era muy friable y blando al corte: las paredes del ventrículo izquierdo estaban muy atrofiadas, puesto que apenas medían tres milímetros de espesor y las del ventrículo derecho estaban manifiestamente hipertrofiadas.

El pericardio no contenía líquido pero sí algunas manchas blancas de pericarditis. También se encontraron adherencias entre las dos hojas de la pleura y entre esta y el pericardio.

En distintas regiones del mediastino y en íntima conexión con variados puntos de la aorta se encontraron ganglios hipertrofiados del tamaño de una avellana cuando menos muy duros de color, casi negro, y de textura, según demostraron los cortes, formada por capas concéntricas.

Ni en el aparato respiratorio ni en los otros órganos que se examinaron se encontró ninguna alteración que tuviera relación con el proceso que motivó la muerte del enfermo ni que merezca ser consignada».

Acompaña a tan detallada descripción de autopsia dos esquemas que representan: uno, como sería el aneurisma antes de romperse (en forma de 8 de guarismo) y el otro, como le encontró en la autopsia (en forma de calabaza de peregrino).

Termina éste su gran trabajo con dos párrafos que serían lo bastante para acreditar de científico a un hombre que no se llamara Codina, y al leerlos nos ha hecho

recordar a aquel nuestro maestro que se llamó San Martín, por ser esa su misma costumbre. Se expresa así; por todas estas razones, creemos que el mentís que la autopsia dió a la deducción clínica del asiento aneurismático, no invalida absolutamente nada la importancia que se concede a los datos que nos apoyamos para creer en el asiento extrapericardiaco. Solo tiene en este sentido nuestro caso el valor del hecho excepcional y por lo tanto representa un testimonio elocuente de que en clínica no siempre se puede ser categórico y absoluto.

En cuanto a la dilatación aneurismática que la autopsia reveló en el segmento descendente del cayado de la aorta y que el examen clínico no había puesto de relieve sólo consignaremos que esta deficiencia clínica tiene su explicación en que generalmente los aneurismas de esta región son siempre silenciosos, es decir, evolucionan callados sin dar lugar a sintomatología lo propio precisamente que los aneurismas intrapericardiacos. No es extraño, pues, que sin alcanzar un gran volumen ni comprimir el esófago, ni molestar ninguna vértebra, etc., pasará inadvertido, máxime cuando todo el interés clínico se concentró sobre el otro aneurisma.

JOSÉ SÁNCHEZ POZUELOS

Instituto de Vacunación

DE MURCIA

Linfa vacuna garantizada

Ternezas vacunadas, precios módicos

DIRECTOR:

D. J. A. Martínez Ladrón de Guevara

CALLE DE ZOCO



Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

RELACIONES ENTRE LA DIABETES, LA ACROMEGALIA Y LA ENFERMEDAD DE BASSEDOW

(Continuación)

Las alteraciones nerviosas de los basedowianos son variadas y trascendentales como dependientes de las esenciales. A más de las dependientes de las perturbaciones de orden mecánico por la exoftálmica existen las que dependen de la inervación del ojo; casi siempre son respetados los músculos internos del ojo, la acomodación se hace en forma regular y el campo visual es normal, pero existen estados hiperhémicos de la retina que dan lugar a trastornos subjetivos como la visión de moscas volantes y la fotofobia, sensaciones luminosas que dan lugar a alucinaciones y perturbaciones variadas de orden psíquico, de que después nos ocuparemos.

De las perturbaciones motoras que dependen de la extremada fatiga de los músculos externos del ojo, parten los signos conocidos en esta enfermedad y que después se han extendido a otros estados morbosos, de *Graefe*, *Stelbag* y *Mæbius*. Los tres están relacionados con la alteración de la sinergia fisiológica de los movimientos del párpado y globo ocular.

El primero consiste, como sabéis, en que teniendo el enfermo la cabeza inmóvil, si se le hace elevar o bajar la mirada, el párpado no sigue este movimiento, quedando detenido sobre la córnea.

ASMA · TOS · TOQUELUCE.
-TRASTORNOS NERVIOSOS-

SE CURAN CON EL **JARABE FIGRAN**

REPRESENTANTE **HYGIONE** Valencia, 241 - BARCELONA

YODOFUCOL

A BASE DE YODO-ORGÁNICO
FUCUS VESICULOSUS, HOJAS Y DRUPAS NOGAL
Y FOSFATO SOSA.

MUESTRAS AL AGENTE GENERAL

S.A. 'HYGIONE' Valencia, 241 - BARCELONA.

TRATAMIENTO RACIONAL
DE LAS
CLOROSIS Y ANEMIAS
POR LAS

GOTAS-SANGINEAS-ROYEN

MUESTRAS-LABORATORIO **'HYGIONE'** Valencia, 241 - BARCELONA

Treponemol

• DEPURATIF DU SANG •

FORMA ELIXIR con

IK. ... 0'85 gramos.

Hg. I² 0'006 id.

POR DOSIS DE 15 GRAMOS

REPRESENTANTE **'HYGIONE'** Valencia 241 - BARCELONA

El segundo, algo más raro, consiste en la oclusión incompleta de los párpados, creyendo el enfermo tener los ojos cerrados.

El tercero, en la dificultad de las convergencias de los párpados. Todos estos signos revelan más bien que la incoherencia morbosa, estados de paresia muscular, puesto que a ellos acompañan otras veces paresias de músculos distintos al sistema ocular como el superciliar y frontal y algunas regiones inervadas por filetes motores del trigémino.

Estas perturbaciones de la motilidad se extienden a otras regiones del cuerpo, a las extremidades, sobre todo a las inferiores, constituyendo la *paraplegia basedowiana* de Charcot, caracterizada por su carácter transitorio con caída brusca al suelo.

También se manifiestan alteraciones medulares reveladas por calambres de los grandes músculos y contracturas y accidentes pasajeros de tetania, crisis epileptiformes y manifestaciones de histerismo, por más que pueden coexistir estas enfermedades con el bocio sin poder separar en algunos momentos en un análisis minucioso de los síntomas.

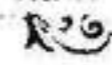
Rara vez existe atrofia muscular.

Estos signos del sistema muscular son generalmente episódicos y transitorios, pero hay uno señalado por Charcot y Marié que siendo constante, se ha añadido a la triada del bocio; es el temblor muy parecido al de la enfermedad de Parkinson, en su generalización, aunque menos acentuado, en su intensidad se acerca más al de los alcohólicos, percibiéndose y reconociéndolo al dar la mano a los enfermos. Hay una manera de distinguir estos dos temblores, al cerrar la mano el alcohólico, sus dedos separadamente, individualmente siguen temblando, el basedowiano lo hace conjuntamente como dependiente del movimiento del antebrazo y brazo, y propósito de este temblor, recuerdo que en la discusión de la comunicación de Lorand en el Congreso de Madrid, el señor Codina, hizo notar las alteraciones de la glándula tiroidea en algunos parkinsianos, cuya autopsia había efectuado. Existiendo esta relación entre la lesión y el síntoma, nos explicaríamos la persistencia del temblor en los basedowianos, uniéndose como Marié pretendió a los tres constitutivos de la enfermedad de que nos ocupamos.

Las perturbaciones sensitivas son variadas. Unas veces la forma neurálgica, en el trigémino; otras difusa en la cara y cuello; la exacerbación de la sensibilidad profunda se acentúa más a nivel de los centros simpáticos (plexo solar, cardíaco y mesentérico), además hay crisis de cólicos muy parecidos a los de los tabéticos por lo cual algunos han considerado esta enfermedad relacionada con la *tabes dorsal*.

Existen además perturbaciones secretorias y vaso-motoras como las llamadas de calor, sudores profusos, termofobia, poliuria y a veces glucosuria. La albuminuria es más constante.

Perturbaciones psíquicas.—Consisten en agitación y exaltación de los afectos, variabilidad de estos, movilidad excesiva e indeterminada, volubilidad del lenguaje. Son exigentes con los demás sin agradecerlo por no estar nunca satisfechos. Como consecuencia de este estado el insomnio es frecuente agravando esta situa-



ción. Generalmente estos estados, como los síntomas esenciales del bocio, son seguidos de períodos de calma y en estos los sufrimientos de otro orden orgánico y la consideración de poder volver a las recidivas los hace taciturnos e hipocondriacos. Sin que estas psicosis de carácter más o menos pasajero y que generalmente acompañan a muchas neurosis podemos considerarlas como exclusivas del bocio, lo cierto es que siempre le acompañan.

Existen alteraciones de la piel debidas indudablemente a las perturbaciones nerviosas, tales son las debidas a la pigmentación anormal, generalmente en franjas simétricas distribuidas en zonas irregulares, simulando a veces la enfermedad de Addison el vitíligo y además algunas erupciones cutáneas, con más frecuencia la urticaria, llamada por algunos el asma de la piel. Pero las perturbaciones más notables y casi constantes de la piel consisten en la disminución de la resistencia eléctrica, atravesando la corriente los tejidos con una facilidad cuatro o cinco veces mayor que en estado normal.

Las perturbaciones de los aparatos digestivo y respiratorio son las comunes a la mayor parte de las neurosis graves, anorexia alternando a veces con bulimia, algunas veces vómitos, diarrea y hasta lentería en épocas indeterminadas, ictericia, que cuando se presenta acusa una gravedad extrema, accesos asmáticos, congestiones bronquiales y tos seca y frecuente.

En cuanto al aparato genital se marcan generalmente por amenorrea, siendo substituidas las reglas por leucorreas que contribuyen a aumentar el agotamiento. En el hombre tras de un período ligero de exaltación se presenta la anafrodisia y la impotencia.

Marcha.—Es irregular como sucede en todas las enfermedades nerviosas, predomina siempre la taquicardia sobre los demás síntomas; hay formas agudas, a ve-



Sus positivos resultados le valieron
un diploma de honor y una medalla
de oro en Berlín.



MARCA REGISTRADA

PHOSPHORRENAL ROBERT

RECONSTITUYENTE

GRANULAR — ELÍXIR — INYECTABLE

Preparado por

José Robert Soler

Ingeniero químico y farmacéutico

Farmacia: LAURIA, 74. - **BÀRCELONA**

De venta en las principales farmacias de la capital



ces las llamadas frustradas, y de desarrollo lento y progresivo tomando el carácter crónico. Es susceptible de curación, pero dejando siempre vestigios de su paso por el organismo, como ligera exoftalmía, engrosamiento de la tiroides. Cuando las vísceras han sido comprometidas, la anorexia, la diarrea, la ictericia y la anemia se han presentado, constituyen una verdadera caquexia y la muerte es inevitable, verificándose por colapso o asistolia.

Etiología—Para el objeto que nos proponemos estableciendo la relación entre las tres enfermedades objeto de estas conferencias citaremos aquellas cuya influencia sobre la dolencia están más demostradas.

Entre las predisponentes tenemos el sexo, la edad y la herencia. La mujer la padece seis u ocho veces con más frecuencia que el hombre, la edad más apropiada el período verdaderamente sexual, así es que después de la menopausia es muy rara y en cuanto a la herencia se ha considerado de un valor innegable, es algo frecuente la similar y casi siempre se cuentan entre los ascendientes o colaterales epilépticos, histéricos o enajenados o por lo menos desequilibrados en sus funciones intelectuales sin dejar a un lado al artritismo.

Además de las anteriores citemos como predisponentes la clorosis, enfermedades agudas, diatesis y en general a todas las que producen empobrecimiento orgánico con depresión de las fuerzas nerviosas.

Hay que notar una relación algo frecuente entre la enfermedad de Basedow y algunas afecciones de las fosas nasales que coexistiendo en algunos individuos, han desaparecido los síntomas basedowianos al ser tratadas y curadas estas últimas.

Causas determinantes.—Son de tal naturaleza que afectan violentamente el sistema nervioso como conmociones morales, emociones profundas; acceso de temor, crisis de cólera violenta, tristeza, etc. La vida genital que marca el máximo de predisposición, es motivo determinante de la explosión de esta enfermedad y de su agravación. En el embarazo suelen presentarse los primeros síntomas en las predisuestas.

Anatomía patológica.—En general no se encuentran lesiones fijas y constantes que expliquen directamente la patogenia, son variadas e inconstantes, corazón sano, corazón dilatado, hipertrofia, degeneración.

En el cuerpo tiroides, todas las variedades del bocio, desde la simple congestión hasta las lesiones propias de los procesos más destructores.

Möbins y Spencer han encontrado una reviviscencia del timo, hipertrofiado, excesivamente vascularizado.

El sistema nervioso sufre alteraciones de textura en relación con los síntomas presentados en vida, alteraciones algunas veces del simpático, otras, la mayor parte sin lesión alguna. En cambio en la médula, excepción de las propias de las enfermedades concomitantes, como la tabes, se encuentra siempre un aumento de la neuroglia.

Naturaleza y patogenia.—Se ha tratado de explicar por una serie de teorías, la mayor parte deficientes, la de Stokes y Gruves como enfermedad del corazón, la

de Marchall y Taylor por la compresión de los vasos y nervios del cuello, los fundados en las alteraciones del simpático sobre la base de los experimentos de C. Bernard, las de Rosenthal y Benedik relacionadas con el papel de los vaso-dilatadores y constructores en la producción de la triada sintomática, todas estas teorías están completamente desechadas por la sana razón de que el simpático se encuentra la mayor parte de las veces en estado de integridad anatómica y funcional. Después de estas han estado más en boga otras dos, la de Charcot, que considera al bocio exoftálmico como una neurosis parecida a la epilepsia, histerismo, etc., fundado en la herencia, en el predominio de los síntomas nerviosos y lo poco que dice la anatomía patológica y las de la mayor parte de los autores que la hacen depender de alteraciones del bulbo, pero ambas han sido rechazadas por inconsistentes puesto que en las lesiones del bulbo son frecuentes ni estas explican las perturbaciones psíquicas y parapléjicas.

La que indicada por Wette, Müller y Yoffray ha ido abriéndose camino y está aceptada en la actualidad es la tiroidiana. Una intoxicación por alteración del tiroides, que Yohuston la explica por una hipertiroidización del organismo, dando lugar a la variedad y complejidad de síntomas que emanan de los diferentes aparatos y sistemas.

Y para darle a esta teoría todo su valor y la influencia que tiene en la evolución de los conocimientos últimos emanada de las secreciones de las glándulas vasculares, me ocuparé someramente de la tiroides, bajo diferentes aspectos reforzando en lo posible las razones aducidas para explicarlo, y para ello entresaco del «*Estudio del bocio y de las afecciones de las glándulas tiroides y paratiroides*» del Dr. Miramon y Carbonell publicado en «*Los Progresos de la Clínica*» lo más esencial para mi objeto.

La tiroides está constituida por una masa de lobulillos epiteliales, que contienen substancia coloidea. Las paratiroides se componen de epitelio macizo, con cierta lobulación y sin materia coloidea.

Por experiencias hechas por Tschuewsky en el perro se sabe que el volumen total de la sangre pasa por la glándula tiroides en un lapso de veinticuatro horas, constituyendo esto la respiración tiroidea. Mejor dicho: la sangre pasa rítmicamente 16 veces por la glándula tiroides y toma de ella los principios hormonales necesarios al organismo, a la vez que deja dicho líquido en la tiroides la primera materia para elaborar la substancia coloidea, cuya primera materia hasta ahora conocida es el iodo que ingresa con los alimentos y con el agua. Desde luego la sangre deja además en la glándula los principios necesarios para la fase anabólica de la nutrición de las tiroides y que al salir la sangre por el plexo venoso tiroideo, de gran extensión, arrastra consigo a los productos catabólicos de la nutrición del cuerpo tiroides, mas el hormón tiroideo ya formado. El epitelio del lobulillo tiroides elabora la substancia coloides, que hallándose en gran cantidad demuestra que se trata de una glándula de provisión.

La prueba que se aduce de que el principio activo de la glándula es el iodo, es de que las cenizas de la glándula dan una cantidad de iodo ocho o diez veces mayor

que la de ningún otro órgano y además la benéfica acción que el uso de los ioduros han producido en el bocio, teniendo siempre en cuenta que estos han obrado cuando la glándula ha podido transformarlos en principio activo.

La materia coloidea es blanda, pegajosa, insoluble en el agua, alcohol y éter. Tiene dos albuminoides, a los que llamó Oswald tireo-globulinas. Uno de ellos contiene iodo y tratado por los hidrácidos, se descompone hidrolíticamente, dando origen a la ioditirina, el otro contiene fósforo y una nucleoproteida. Es acidófila o sea se colorea por los ácidos de la anilina, así es que en los cortes preparados (método Ehrlich-Biondi) se distinguen perfectamente las células principales y las coloideas.

El contenido de iodo en la glándula del hombre es de 0,3 a 0,9 miligramos por gramo, el total de la glándula, según Aschbacher, es de 6,48 miligramos después del uso terapéutico del yodo o los ioduros puede ascender hasta 15,6 miligramos.

De los estudios biológicos que se han llevado a cabo con el objeto de determinar la acción del iodo hormonal se pueden sacar varias consecuencias de utilidad científica. El iodo preparado por el hombre por procedimientos químicos, es de acción mucho menor que el orgánico, como el contenido en un alga marina o en la tiroides normal del carnero.

Que la acción neutralizante de la tiroides no depende de la cantidad de iodo contenida en la substancia coloidea, sino de la que pasa a la sangre, puesto que hay bocios coloides en que la gran cantidad de iodo contenida en la glándula permanece inactiva.

Con estas ligeras nociones, haremos un ligero parangón entre el cuadro del Basedow presentado anteriormente en la exposición que hemos hecho de la enfermedad y el opuesto, aquel que suponiendo que el Basedow es debido a una hiperfunción de la tiroides, nos presenta el de la hipofunción de la misma o sea el síndrome tireo-privo, las atirocosis que expresan perfectamente la supresión espontánea patológica o artificial de la secreción de la glándula.

Se presentan en la primera edad y en el adulto.

Las infantiles, consisten en la suspensión del crecimiento óseo en longitud a expensas de la osificación endondral, en el enanismo sin alterarse la osificación perióstica, osificación prematura de la base del cráneo, a consecuencia de la cual, se retarda el desarrollo de las apófisis nasales, nariz hundida y ancha, *cuadrática* de los cretinos mixedematosos de tipo infantil. Otra lesión característica de las formas infantiles es la hipoplasia de los órganos genitales, no sufriendo estos individuos las transformaciones de la pubertad, así en estos órganos como en el resto del organismo.

Sufren alteraciones nerviosas de un carácter enteramente opuesto al de los basedowianos, lentitud en los movimientos, retardo en las transmisiones sensitivas, apatía psíquica, sobre todo en el orden intelectual; que desde un grado mínimo de idiotía pueden llegar los intensos trastornos hebefrénicos.

En ellos también se encuentran lesiones del aparato circulatorio expresadas por debilidad del miocardio e isquemia periférica constante.



Edemas mucoso de la piel y las mucosas debido a las alteraciones atróficas de las glándulas sudoríparas, sebáceas y folículos pilosos.

La atircosis del adulto sólo se diferencia en que verificado el crecimiento no se modifica el desarrollo del esqueleto y en la atrofia, no hipoplasia de los órganos genitales, en que es más frecuente en la mujer, sobre todo en la edad de la menopausia.

No todos los casos de infantilismo debemos considerarlos atircósicos pues existe el gigantesco, quedando a la ausencia de la secreción tiroidea la propiedad de detener el desarrollo de los huesos, habría que apelar a la disminución o falta de secreción interna del testículo que sería debida a su vez al aumento de la función hipofisaria, es decir que tendríamos que apelar a la teoría pluriglandular para poderlo explicar.

Tratamiento.— El reposo físico y moral, para moderar el exceso de oxidaciones que tienen en demasía estos enfermos, reposo que debe durar unas cuantas semanas, aumento de nutrición por alimentos, adecuados, es decir, procurar el mayor número de calorías, como tienen tendencia a la glucosuria y a la glucemia, suprimir los hidratos de carbono, dieta láctea y régimen clururado, en general. El farmacológico consiste en administrar dos o tres gramos diarios de bromuro de potasio por algún tiempo. Los ingleses emplean la belladona a la dosis de dos o tres centigramos diarios del extracto para combatir el eretismo vascular.

Otros emplean la antipirina, la digital, strofanto, la hidroterapia, electricidad galvánica y farádica que algunas veces han dado buen resultado.

Los ensayos hechos por algunos de dar la anti-tiroidina o la leche de cabras tiroidectomizada no han dado ningún resultado.

También se han mejorado o curado, haciéndolo con algunas de las enfermedades concomitantes, (nariz, abdomen, etc).

DR. FRANCISCO MEDINA

Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia



ES LA DIGITAL DEL PULMÓN



Academia de Medicina de París

(SESIÓN DEL DÍA 20 DE ABRIL DE 1915)

Terapéutica específica y profilaxis del botón de Oriente.—Los satisfactorios resultados obtenidos con los arsenicales en el tratamiento de la sífilis, fiebre recurrente, etc., hicieron pensar en el estudio de la acción de dichos agentes en la leishmania forunculosa o botón de Oriente. El Dr. Gachet dice haber instituido un tratamiento análogo al antisifilítico por medio del arsenobenzol y neo-arsenobenzol en inyección intravenosa, consiguiendo la cicatrización total de la úlcera entre veinte y cuarenta días. Para ello ha aplicado dos inyecciones con intervalo de una a dos semanas. Con tan excelente resultado, decidió emplear localmente las sales de arsénico, pues cree que no es una afección cuyo cuidado de tratarla deba encomendarse a la naturaleza, porque si bien muchas veces el botón de Oriente no deja otro recuerdo de su existencia más que ligeras cicatrices, otras veces conduce a lesiones tan importantes como pérdida de la nariz, del pabellón de la oreja, queratitis y opacidades de la córnea, etc. Es por esto, por lo que opina debe instituirse tratamiento, atribuyendo a la inseguridad de los recursos terapéuticos empleados hasta el día, el abandono del público en curar dicho padecimiento.

Estudiando la acción de los arsenicales en la leishmania, se ha observado que los flagelados cuanto más complicada es su organización, tanto más resistentes se hacen al arsénico; cuyo inconveniente se obvia empleando dosis más altas del medicamento.

El citado Dr. Gachet aconseja que no se pase de la dosis de un centígramo de neo-arsenobenzol por kilo de peso en el hombre.

Ha empleado con éxito las inyecciones intravenosas de arsenobenzol, el que también ha inyectado localmente, como así mismo el ácido arsenioso, el arrenal, atoxil y hectina; pero no consiguiendo más que una curación pasajera, no definitiva. Del estudio de la anatomía patológica del botón de Oriente, que demuestra que las leishmanias se encuentran repartidas no sólo en la piel, sino en el espesor de todos los tejidos (celular subcutáneo, muscular y óseo) vino a deducir que era necesario llevar a todos los sitios invadidos, el agente medicamentoso, lo que ha conseguido con su método de inyecciones intersticiales. A dicho objeto se ha servido de la hectina del comercio en solución del 0'10 a 0'20 gramos por centímetro cúbico, de la que inyecta 2 c. c. por semana.

Los efectos conseguidos con las sales de arsénico en el tratamiento local, son: A partir de los tres o cuatro primeros días, varía el color rojizo que rodea la úlcera, tornándose violáceo; la zona indurada disminuye; las granulaciones se achican; la serosidad exudativa desaparece y se cubre la ulceración de costras que al poco tiempo caen dejando tras sí el tejido cicatrizado.

De sus observaciones deduce:

1.º Si se empieza el tratamiento antes de la ulceración, cura sin dejar señales.



R. 26

2.º Durante la ulceración detiene el proceso que se consigue cicatrizar más regular y rápidamente.

3.º En los casos graves, conteniendo el proceso, evita pérdida de órganos y graves mutilaciones.

La leishmania puede afectar al hombre y a los animales, especialmente al perro que parece ser terreno favorito. La profilaxis se resume en la extinción del salek del hombre y del perro, con un tratamiento precoz antes de la ulceración en aquél y con la destrucción de éstos que estén infectados.

BIBLIOGRAFÍA

Nociones de higiene práctica, para las escuelas de primera enseñanza, por el Dr. Jorge María Anguera de Sojo. (Librería Católica.-Barcelona).

Hemos leído con detenimiento esta obrita y quedamos satisfechos de los propósitos que animaron al autor para escribirla, pues ajústase perfectamente al título que le puso, cosa poco corriente en la mayoría de las obritas de este corte.

Higiene de la tuberculosis, por el Dr. A. Basols y Prim. (Librería Católica.-Barcelona).

Ha entendido el autor que debía dividir la obra en los capítulos siguientes:

- 1.º Los términos del problema.
- 2.º Medios contra el bacilo.
- 3.º Medidas en favor del organismo.
- 4.º Medidas de orden social.
- 5.º Apreciación de conjunto.
- 6.º En la frontera de la tisis.
- 7.º Higiene de adaptación.
- 8.º Higiene propia del tuberculoso; y
- 9.º Higiene moral.

Todos son muy interesantes y los encontramos de una gran necesidad en la época actual, pues quizá disminuyese en España la mortalidad de tan terrible mal si se tuviesen en cuenta los consejos que tan acertadamente quedan expuestos en la obrita que nos ocupa.

Fermentos defensivos del organismo animal, *contra las sustancias extrañas al cuerpo, a la sangre y a las distintas células; su demostración y significación diagnóstica para probar el estado funcional de cada órgano, por el Dr. Emil Abderhalden, traducido del alemán por D. Manuel Dalmau, con dos láminas y 11 figuras.*

¡Juicio crítico de la obra de Abderhalden! Así que es poco decir, cuando los problemas que encierra son de tal naturaleza que ha hecho girar alrededor de ellos opiniones muy diversas y de personalidades elevadas dentro del campo de la Medicina. En nosotros, si es que la nuestra sirve de algo, y si hemos de ser lo sinceros que nos corresponde, podemos decir que es de tal naturaleza cuanto encierra que experimentábamos placer cada vez que nos tocaba en suerte llegar a la comprensión de un capítulo; felicitándonos por contarla en nuestra biblioteca y deseando a la Casa Editorial Estudio de Barcelona, siga por el camino que emprendió al tener la suerte que en tal elección le cupo.

Química Toxicológica, *por el Dr. Emilio Mannheim, traducida del alemán por el Dr. D. Jesús Goizueta, con seis grabados. (Casa Editorial Estudio).*

Obra utilísima para los laboratorios de donde no debe faltar, pues trae todo aquello que es más importante en cuanto a toxicologías se refiere y datos minuciosísimos en reactivos rápidos de venenos haciendo un estudio acabadísimo de los venenos orgánicos no volátiles y terminando tan útil obra con el capítulo que dedica a la preparación de los reactivos.

Vaya nuestra recomendación para esta obra, si es que ha de serle útil.



**El más energético de los reconstituyentes.
Indispensable en todas las convalecencias.**



LABORATORIO
~ GUILLAMÓN

ANÁLISIS CLÍNICOS DE
ORINAS, ESPUTOS, SAN-
GRE, JUGO GÁSTRICO,
HECES, PUS, EXUDADOS,
LÍQUIDO CEFALO-RAQUI-
DEO, ETC. ETC.



REACCIONES DE WAS-
SERMANN, WIDAL, ETC.

PLAZA DE SAN AGUSTÍN
(LONJA), NÚM. 2
~ ~ ~ ~ MURCIA

NOTICIAS

Nuestro entrañable amigo y compañero el Director del Instituto de Vacunación, D. Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara, su distinguida señora y su pequeño hijo han sufrido los terribles efectos de una intoxicación por la ingestión de leche en malas condiciones, que comprometió seriamente sus vidas.

Afortunadamente y con harto contento de los que nos preciamos con su amistad, el percance no tuvo las funestas consecuencias que se hacían temer por la gravedad de los síntomas, encontrándose hoy el Sr. Martínez y familia completamente restablecidos.

La ciencia médica llora hoy la pérdida de un sabio, la muerte del Dr. Ehrlich, el eminente biólogo que con sus trabajos de investigación, sus teorías, sus obras y sus descubrimientos se hizo conocer y admirar del mundo entero.

Nació en 1854. Ocupó varios cargos, entre ellos el de Director del Instituto Serológico de Stglitz (Berlín), del Instituto de Terapéutica experimental de Frankfurt, etc. Pertenecía a muchas Sociedades científicas de su país y extranjeras y poseía entre otros distintivos el título de Excelencia y el premio Nobel.

Su teoría de las *cadena laterales* inmortalizó su nombre entre los profesionales y su 606 entre los ajenos a la ciencia médica.

¡Descanse en paz!

En este número reproducimos el artículo *Hemorroides*, por el Dr. Rosado, de Málaga, publicado en *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, pues por su enseñanza práctica, hemos creído conveniente darlo a conocer a nuestros lectores.

Con brillantes ejercicios que enaltecen a la vez que a los interesados a la clase que representan, se han verificado las anunciadas oposiciones a esta Beneficencia Provincial.

El acuerdo definitivo de la Diputación no podemos publicarlo por no haber sido aún dado a conocer.

Las ternas propuestas por el tribunal han sido:

Médicos de guardia.—1.^a D. José A. Ruiz-Medina, D. Francisco Giner y D. Mariano Precioso.

2.^a D. Francisco Giner, D. Mariano Precioso y D. José Vinader.

3.^a D. Mariano Precioso y D. José Vinader.

Manicomio.—D. Luis Gómez.

Laboratorio.—D. Cristóbal Clemares.

Han constituido el tribunal, D. Emilio Sánchez, Académico e Inspector Municipal de Sanidad; D. Salvador Piquer, Académico y de la Beneficencia Provincial, y D. Julio López, de la Beneficencia Municipal y Profesor de Fisiología e Higiene de las Normales.

El ser sólo tres las plazas de guardia y cuatro los aspirantes, hace deducir lógicamente que uno de éstos quedará sin aquella.

¡Lástima que así ocurra, quedando sin premiar el pulido y brillante trabajo del querido amigo!

La Diputación debiera ampliar el número de plazas, creando una más para el aludido compañero, que bien la ha ganado.

Damos las gracias más expresivas a nuestro distinguido colega madrileño *Revista Española de Urología y Dermatología*, por la reproducción del artículo de nuestro compañero Sr. Martínez L. de Guevara, titulado *Curación de un caso de tuberculosis testicular tratado por la tuberculina*.

Así mismo agradecemos a nuestro vecino colega *Boletín del Colegio Provincial de Médicos de Alicante*, la reproducción del trabajo de nuestro distinguido colaborador Dr. Royo González, *Algunas causas de reproducción de las hernias operadas*.

El Instituto Claramunt ha lanzado al mercado el *Suero antitetánico*, precioso medio para prevenir el tétanos. Lo presenta en ampollas soldadas de 10 c. c. conteniendo 1.500 U. I.

La casa Vitoria, preparadora de la *Aurasa*, nos ha remitido tres frascos de fosfo-hemoglobina, remedio poderoso de las anemias.

Gracias.

El Sr. Fabregat, agente científico del jarabe *Bebé*, para la tos ferina, en atenta visita, nos ha entregado algunos frascos del citado específico, que prometemos ensayar.



ESTABLECIMIENTO DE FARMACIAS Y PRODUCTOS QUÍMICOS Y FARMACÉUTICOS
PUNYED LLOBERAS
 REUS (BARCELONA)

Nefrina PUY Nefritis agudas, tóxicas, albuminurias, hematurias, de las embarazadas, congestiones renales, etc.

Ovarina PUY Ovariotomía, ovarios, ovarios, etc.

Fermentos glicolácticos PUY Diarreas, infecciones endodigestivas, colitis agudas y crónicas, diarreas verdes de los niños, artritis, congestiones hepáticas, dermatosis, etc.

Splenasa PUY Anemias, linfadenias, caquexia palúdica, etc.

Cafolasa PUY Epilepsia, neurastenia, migrañas, surmenage, etc.

Placentozinasa PUY Dismenoreas, menstruales dolorosas, anemia, galactógeno patente, etc.

Orquina PUY Impotencia, esterilidad, neurastenia, debilidad genital, etc.

Hepatina PUY Cirrosis, congestiones e icteros hepáticos, etc.

Hipofisina líquida PUY Miocarditis, epilepsia, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Basedow, astenia cardíaca, etc.

Tiroidina PUY Anitroides, Incontinencia nocturna de orina, reumatismos tróficos, mixedema, obesidad, etc.

Pancreatina PUY Diabetes, insuficiencias pancreáticas, acidez, dispepsias intestinales, etc.

CIMASA PUY Solución concentrada de los principios activos elaborados por las levaduras vínicas y lácticas.

LOS PRODUCTOS "PUY" se hallan de venta en todas las buenas Farmacias y Centros de Específicos.

Muestras gratis a los Sres. Médicos que lo soliciten. — Se ruega indiquen las que desean.

A. PUNYED LLOBERAS
REUS

AGUA OXIGENADA CURIEL
MEDICINAL
 BOTELLAS DE 250, 500 y 1000 G. | BOMBONAS DE 10 LITROS
ESTABILIDAD | **PUREZA**
 PRECIOS ESPECIALES HOSPITALES Y O. ACS | EXÍJASE BOTELLA PRECINTADA
LA PREFERIDA POR EL CUERPO MEDICO-FARMACEUTICO
 DEPOSITO GENERAL | 10 VOLÚMENES | ARAGON. 228-BARCELONA.

El antiséptico más poderoso de los Bronquios



**CATARROS
 BRONQUITIS
 ENFISEMA ASMA**
 SE CURAN CON EL
JARABE FAMEL
 ADOPTADO POR LOS HOSPITALES

AGUAS Y SALES NATURALES DE MEDIANA DE ARAGON
LAXANTES-DEPURATIVAS • PURGANTES • DIURETICAS-APERITIVAS

SALES: frasco de 8 a 10 purgas 2 ptas. Cajita IDEAL de 1 purga 0'30 AGUA 1 pta. botella

SALES TIMOLADAS DE MEDIANA DE ARAGON

Cajita SALUS para irrigaciones y lavados | Bote de 1/2 y 1 K. para baños y lociones

Aparato inyector de **SUERO HAYEM**

CON AMPOLLA DE VÁLVULA FLOTANTE

Patentes núms. 34.538 y 39.168

Es el que reúne mejores condiciones técnicas y prácticas, así reconocido por todos los señores médicos que lo han usado.

La inyección se hace mucho más pronto y fácilmente que con ningún otro sistema, sin temor a inyectar aire en los tejidos por evitarlo el funcionamiento del cierre automático de la *válvula flotante*, sin peligro a que las partículas de cristal puedan pasar en la inyección, pues caso de haberlas, su densidad las retiene en la curvatura de salida.

Si no se inyecta todo el líquido, el suero sobrante para inyec-



ciones sucesivas se conserva en la ampolla, sin que tenga contacto con el aire exterior.

Cada ampolla lleva tafetán, algodón y éter, para la anestesia y oclusión del sitio de punción.

Se ruega a los señores médicos y farmacéuticos que deseen usar y dar a conocer nuestra ampolla, pidan **Suero Hayem en ampolla de válvula flotante.**

Tenemos ampollas más económicas que figuran en nuestro Catálogo general de sueros y preparaciones antisépticas, que remitimos gratis.

DELGADO CEA

Farmacéutico

Preclados, 14-MADRID

A los Sres. Médicos

LA MEJOR AGUA OXIGENADA,

LA MÁS NEUTRA, LA

ÚNICA VERDADERA, EL

ANTISÉPTICO MÁS ENÉRGICO E INOFENSIVO, EL DENTÍFRICO POR EX-

CELENCIA, LA ÚNICA QUE CUMPLE TODAS LAS INDICACIONES DE LA ANTISEPSIA

ES EL

Agua Oxigenada **NEUTRA FORET**

Recomendada por los más eminentes médicos y empleada con gran éxito en los más principales hospitales y Sanatorios.

Al recetar indicar la garantía marca **FORET**, rechazando las imitaciones y las botellas sin precinto.

Botellas con tapón automático, de litro, medio y cuarto

De venta en Farmacias y Droguerías



JOYA MEDICINAL

PARA CONSERVAR LA SALUD

Y CURAR LAS ENFERMEDADES

AGUAS MINERALES NATURALES

— DE —

CARABAÑA

Purgantes

Depurativas ❖ *Antibiliosas*

Antisépticas

UNICA DE SU ESPECIE DE CONSUMO UNIVERSAL

Venta en todas las Farmacias y Droguerías

DE TODOS LOS PAISES

PROPIETARIOS

VIUDA E HIJOS DE R. J. CHÁVARRI

Dirección y Oficinas: **LEALTAD, 12**

MADRID



MORRHUËTINE JUNGKEN

SE USA TODO EL AÑO

El mejor tónico yodado, sucedáneo, sintético del aceite de hígado de bacalao

POSOLOGIA	Yodo metálico activo.	0.015 grs.	} Por cucharada de las de sopa.
	Hipofosfitos (Ca O. Na O. Quinina).	0.15 "	
	Fosfato de sosa puro.	0.15 "	

A base de GLICERINA PURA

No azucarado ni alcohólico. Sabor muy agradable. Sin desarreglos gastrointestinales. Estimulante hepático. Remineralizador. Depurativo.

UTILÍSIMO PARA LA INFANCIA

y en Linfatismo, Escrófulas, Adenopatías, Pretuberculosis, Asma, Heredosífilis, Raquitismo, Amenorrea y Dismenorrea, Convalecencias, & &

Un frasco de 500 gramos, 4 ptas.

EN MURCIA: FARMACIA CATALANA

Laboratorio MIRABENT. - BARCELONA

Muestras gratis a los Sres. Médicos



De venta en todas las farmacias.

CARNE LIQUIDA

del Dr. Valdés García de Montevideo

ES EL MEJOR

ALIMENTO TÓNICO RECONSTITUYENTE

PODEROSO NUTRITIVO: EL MAS RECOMENDADO PARA ABREVIAR LAS CONVALECENCIAS DE FIEBRES TIFOIDAS, GÁSTRICAS e INTESTINALES



CARDIODINAMO

del Dr. Subirá.

TÓNICO EFICAZ

para combatir las
enfermedades del corazón.

— DE VENTA: EN PRINCIPALES FARMACIAS Y DROGUERIAS. —

C L O R O F O R M O

== Y ==

E T E R A N E S T É S I C O

DE FABRICACIÓN ESPECIAL

EN AMPOLLAS CERRADAS A LA LÁMPARA

*De uso corriente en los Hospitales de toda España,
en el Instituto Rubio*

y en los principales Sanatorios y Clínicas de la nación.

== SOCIEDAD LEONESA DE PRODUCTOS QUÍMICOS ==

P N E U M Ó G E N O

**ENÉRGICO ANTIBACILAR
Y ESTIMULANTE**

DE LA NUTRICIÓN

FÓRMULA (POR CUCHARADA)

Metiarsinato disódico	0'02
Lactofosfato de cal creosotado. (Equivalente a 0'15 de creosota 20 por 100 guayacol)	0'60
Codeína	0'005
Extracto de nuez vómica	0'01

== INDICACIONES ==

**Bronquitis
Tuberculosis pulmonar en 1.º
y 2.º grado
Gatarros pulmonares
Afección de las vías respira-
torias**

H E M A T O L

TÓNICO ESTIMULANTE

DE LA NUTRICIÓN

FÓRMULA (POR CUCHARADA)

Fosfato orgánico	0'05
Arsénico orgánico	0'05
Extracto de coca	0'10
Extracto de kola	0'10
Nuez vómica	0'01

== INDICACIONES ==

**Neurastenia
Anemia Clorosis
Tuberculosis
Estados consuntivos**

De venta en todas las Farmacias y Droguerías

RECOMENDADOS POR LOS MEJORES ESPECIALISTAS DE ESPAÑA

Obras recibidas

DR. LOZANO MONZÓN.—*Compendios Quirúrgicos (Esguinces, luxaciones, fracturas articulares).*

CASA EDITORIAL ESTUDIO, **Barcelona**.—*Los síntomas y su interpretación*, por James Mackenzie.

— *Fermentos defensivos del organismo animal*, por Emil Abderhalden.

— *Química Toxicológica*, por Emilio Mannthelm.

— *Química biológica*, por el Dr. A. Legahn.

— *Problemas modernos de Biología*, por Charles Sedgwick.

LIBRERÍA CATÓLICA, **Pino, 5, Barcelona**.—*La Vida y su evolución filogenética*, por el R. P. Jaime Pujiula S. J.

— *Citología*, por el mismo autor.

— *Higiene de la Tuberculosis*, por el Dr. A. Bassols y Prim.

— *Nociones de higiene práctica*, por el Dr. Jorge María Anguera de Sojo.



El más energético de los reconstituyentes.
Indispensable en todas las convalecencias.

Casas Editoriales

Salvat y Compañía, Mallorca, 220, **Barcelona**.—Hijos de Reus, Cañizares, 5, duplicado, **Madrid**.—Gustavo Gili, Universidad, 45, **Barcelona**.—Manuel Marín, Provenza, 275, **Barcelona**.—Pubul y Morales, Avellanas, 7, **Valencia**.—Modesto Usón, Valencia, 83, **Barcelona**.—Bailly-Bailliere, Plaza de Santa Ana, 11, **Madrid**.—Espasa y Compañía, Cortes, 221, **Barcelona**.—Perlado, Paez y Compañía, **Madrid**.—Casa Editorial Estudio, **Barcelona**.—Saturnino Calleja, Valencia, 28, **Madrid**.—F. Seix, San Agustín, 1 y 5, **Barcelona**.

El DOLOR de CABEZA, OIDOS, MUELAS y MENSTRUALES

DESAPARECEN SIEMPRE TOMANDO

== CANSECOL ==

Poderoso antineurálgico de HIJOS DE B. DÍEZ-CANSECO Y GONZÁLEZ
Farmacia: "La Bañeza" (León)

Precio de la cartera (dos dosis) 0'50 pesetas.

PILDORAS FEBRIFUGAS de la CRUZ NEGRA
MEDICAMENTO ESPECÍFICO DEL PALUDISMO Y GRIPE

PREPARADO POR Hijos de B. Díez-Canseco y González

Farmacia: "La Bañeza"-LEON.

Es el antitípico y antigripal más recomendado por los Sres. Médicos

Precio de la caja, 3 pesetas

Se vende en todas las buenas Farmacias y Droguerías de España

Vino tónico Moreno

LACTOFOSFATO DE CAL.-QUINA.-COLOMBO

Recomendado en las CONVALECENCIAS, ANEMIAS, CLOROSIS, DEBILIDAD GENERAL, ENFERMEDADES DEL PECHO Y DEL ESTÓMAGO.-Tónico poderoso.—Facilita notablemente el desarrollo y crecimiento de los niños.—Utilísimo para las señoras en estado de embarazo y periodo de lactancia.

Jarabe Antiferino Moreno

El más científico remedio para combatir las BRONQUITIS y TOSSES CONVULSIVAS en los niños.—Sus efectos son ostensibles a las primeras dosis, disminuyendo el número de accesos y la intensidad de ellos.

De venta en la FARMACIA DE J. MORENO

Plaza de Camachos, núm. 26.-MURCIA