

GACETA

SANITARIA

DE

Barcelona

ORGANO DEL CUERPO MÉDICO-MUNICIPAL



AÑO II

Mayo 1890

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Casas Consistoriales.-Despacho de los señores Médicos

JARABE

DE

HIPOFOSFITOS DE CLIMENT

Hierro, calcio, sodio, estriénina y cuasina

COMPOSICIÓN TRANSPARENTE
CUALIDAD NECESARIA EN PREPARADOS ACTIVOS

Irreemplazable en casos de
Inapetencia

Tuberculosis

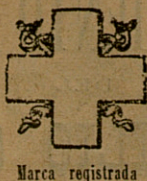
Anemia

Debilidad general

Frasco grande, 4 ptas. Frasco pequeño, 2'25 ptas.

Fábrica de Apósitos de Pablo Hartmann

Especialidades
en algodones antisépticos
vendas, etc.
Artículos ortopédicos
Aparatos electro-médicos
Aparatos para desinfección
Aparato sanitarios



Instrumentos para la Cirugía
Campanas y aparatos
pneumáticos
Laboratorios farmacéuticos
Cocinas y lavaderos mecánicos
para Hospitales
Especialidades en artículos
farmacéuticos

BARCELONA

Premiados en distintas Exposiciones Universales con catorce Medallas

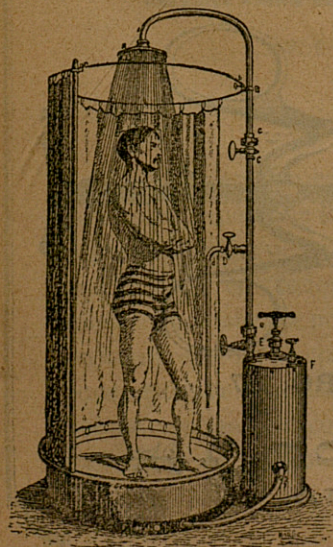
Instalaciones para Baños Termales, Inhalaciones, Duchas, etc., etc.

Se remiten gratis Catálogos y el folleto TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS por el Dr. Federico Haenel, de Dresde

LECCIONES SOBRE LAS AUTO-INTOXICACIONES en las enfermedades, dadas en la Facultad de Medicina de Paris durante el año 1885 por CH. BOUCHARD, profesor de Patología y de Terapéutica generales, socio de la Academia de Medicina, médico de los hospitales; recogidas y publicadas por el doctor P. Le Gendre, jefe de clinica, ayudante de la facultad; traducidas por los doctores M. Bernal y E. Moresco, catedráticos en la Facultad de Cádiz, de Patología médica y de Enfermedades de la infancia, socios de la Real Academia de Medicina de Cádiz.— Madrid, 1890. Un tomo en 8.º, buen papel y esmerada impresión. Precios: en rústica, en Madrid, 8 pesetas; en provincias, 8,50; en pasta ó tela, en Madrid, 9,50; en provincias, 10.

Constará esta importante publicación de dos cuadernos.
Se ha repartido el cuaderno segundo.

Se hallará la obra en Madrid, Librería editorial de D. C. Bailly-Biallière plaza de Santa Ana, núm. 10; y en provincias y Ultramar en las principales librerías.



HIDROTERAPIA

á domicilio

APARATOS PARA DUCHAS

con presión de 3 atmósferas

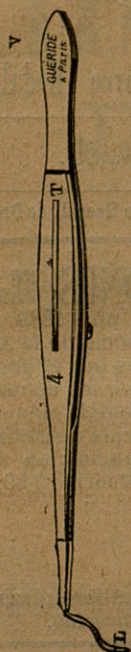
SALABERT Y C.^A

Pasaje de la Merced, 8 y 10
BARCELONA.

ESTABLECIMIENTO QUIRÚRGICO

DEL

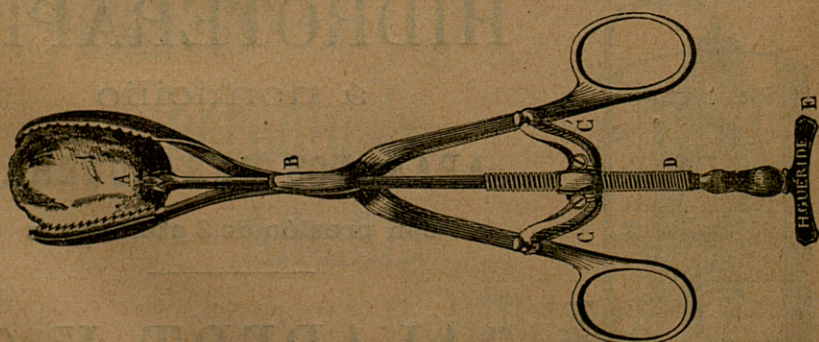
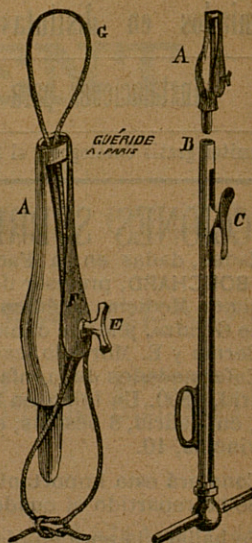
DR. DON EMILIO CLAUSOLLES



SURTIDO completo de instrumentos de Cirugía é Higiene de las mejores fábricas.

Apósitos, vendajes, aparatos ortopédicos, etcétera, etc.

Para más detalles pídase el catálogo que se remite gratis á los Señores Facultativos que lo deseen.



RAMBLA DEL CENTRO, 27

Y

PASAJE COLON, 1

BARCELONA



Gaceta Sanitaria de Barcelona

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

SUMARIO

Sección científica: Estudios sobre la nueva histología del sistema nervioso, por el Dr. Durán Ventosa.—Algunas consideraciones sobre la difteria, por el Dr. Juan Freixas y Freixas.—Extracto de las conferencias clínicas dadas por el Dr. A. Esquerdo en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.—**Crítica bibliográfica:** Por los Dres. Farriols Anglada y Freginals sobre el «Tratamiento de la histeroposis» del Dr. Planellas, y «la profilaxis de la sífilis en el niño, etc.» del Dr. Viñeta Bellaserra.—**Revista de la prensa.**—Servicios prestados por el Cuerpo Médico Municipal de Barcelona durante el mes de abril de 1890.—**Estadística demográfica médica:** Cuadro de defunciones, nacimientos y matrimonios que han tenido lugar en Barcelona durante el mes de abril de 1890, por el Dr. Nin y Pullés.—Publicaciones recibidas.—Anuncios.

SECCIÓN CIENTÍFICA

ESTUDIOS SOBRE LA NUEVA HISTOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO

POR EL DR. DURÁN VENTOSA.

(Continuación.)

El tubo nervioso ha sido la última parte orgánica que ha entrado en el plan general de la unidad celular; gracias á los ingeniosos trabajos de Ranvier de fecha reciente, ha sido vencido el último reducto que ha dado con todos los honores, la victoria completa á la teoría celular generalizada por Schwann, puesto que en la célula nerviosa así comprendida, se confirman las tres bases cardinales de esta teoría concretadas en las unidades, anatómica, funcional y genética: hechos que no van tan sólo confirmados en los estudios anatómicos y fisiológicos normales, ya que en los patológicos, nos encontramos con

pruebas de ello, en los procesos degenerativos de las lesiones de foco que se sistematizan luego, y en las sistemáticas de origen periférico más ó menos lejano. Ninguna de las hipótesis que sobre la construcción elemental de la célula se han sustentado y sostiene todavía por algún autor, es posible aceptar para la célula nerviosa, como para ninguna otra del organismo, desde el momento que acepto para ella la unidad vital de su complicada estructura.

El cilindro-axis, que es en el terreno fisiológico la parte verdaderamente esencial de la fibra nerviosa, es conocido con este nombre desde la descripción que de él hizo Purkinje en 1839, y cuando más tarde Deiters señaló en la célula nerviosa una prolongación especial que los histólogos han bautizado con el nombre de su descubridor, comprobando que la de Purkinje era continuación de la de Deiters, ha quedado representada la vía de comunicación entre los órganos centrales y los periféricos.

Aun cuando modernamente Leidig considera el cilindro-eje constituido como una red, con una sustancia homogénea que rellena sus mallas, y Nansen como una asociación de conductos paralelos de espongioplasma conteniendo una materia líquida, la mayoría de los autores están contestes, en que su estructura es simplemente fibrilar. En el cordoncillo que forman la reunión regular de fibrillas, se observan algunas veces pequeños gránulos: el cilindro-eje así constituido en su trayecto y según su grosor sufre mayor ó menor número de ramificaciones que se hacen cada vez más ténues, algunas de las cuales, como la que por ejemplo se puede observar en la córnea, llegan á reducirse sus filamentos al tamaño en que aparecen las fibrillas del cilindro primitivo.

Respecto á las particularidades descritas por Ranvier en el cilindro-eje con el nombre de ensanchamiento bicónico al nivel de las estrangulaciones del tubo nervioso; así como las estrías de Froman, de dirección transversal, resultantes de líneas claras y oscuras alternadas á regular distancia y principalmente al nivel de las cruces de Ranvier, no han podido ser comprobadas en otras minuciosas investigaciones, como propias del cilindro-eje, debiendo por tanto considerarse como efectos producidos por el reactivo (nitrato de plata) al obrar sobre la parte del revestimiento más próxima al cilindro, que considérese como una vaina según Manthner, como un líquido ó cual plasma nutritivo viene ordinariamente estudiada con la mielina en las fibras que la contienen, únicas donde se observan los detalles descritos por Ranvier y Froman.

En los tubos primitivos de los nervios y en los cordones de la sustancia blanca, desde los estudios de Ranvier nadie ha puesto en duda la existencia de los detalles primordiales de estructura de las vainas de Schwan y de mielina, las cuales con el cilindro-eje forman la base constitutiva de las fibras de esta sustancia, aún cuando se repartan de distinto modo según las regiones que ocupan; así siguiendo el curso desde el centro á la periferia, vemos que lo primero que acompaña al filamento de Deiters es la mielina, en el trayecto extra-central se yustaponen, para quedar en la proximidad de las terminaciones la vaina de Schwan como único revestimiento. Ambas con ligeras variantes ofrecen el mismo aspecto en las distintas regiones, y en cuya descripción no entraré para no alargar demasiado mi trabajo, concretándome á estudiar la significación y naturaleza de alguna de las partes de su estructura sobre las que no están de acuerdo muchos autores modernos.

El primer problema se ofrece en la vaina de Schwan sobre el papel que representan para ella los segmentos inter-anulares. Ranvier pretende que al nivel de los discos por él llamados de soldadura que limitan los segmentos inter-anulares, la porción de protoplasma que circunda principalmente en sentido longitudinal á los núcleos de la cara interna de la membrana de Schwan, se refleja hasta encontrar el cilindro-eje al que forma una capa de revestimiento; este hecho, que no está basado en la pura observación, es sin duda una idea teórica de este autor, para que le sirva de argumento en pró á la hipótesis sostenida por él y apoyada por Tizzoni, Golgi, Boberi, etc., de que la vaina de Schwan, no es una membrana tubular continua en todo el decurso de la fibra nerviosa, como de antiguo se venía sosteniendo.

Con esta idea, para estos autores el segmento inter-anular representa una célula grasienta, cuya cubierta la forma la vaina de Schwan interrumpida ó reflejada al nivel de los discos de soldadura, considerando éstos como cemento de unión de aquellos elementos que resultan de forma tubular por cuyo centro pasa el cilindro-axis, y entre cuyas paredes existirá la mielina y el núcleo con su protoplasma que dicen se prolonga para formar la cisura de Lantermann.

Como he dicho, esta hipótesis no descansa en la pura observación, y por lo tanto no es de extrañar de que caigamos en una especie de atavismo volviendo á la antigua idea de la continuidad de la vaina de Schwan, teniendo datos fijos de observación, respecto al modo cómo se comporta el disco con la membrana, y del papel que desempeñan los núcleos, los que no pueden pertenecer á la mie-

lina, por no encontrarse en ella cuando no está revestida por la vaina citada, por lo cual, es justo decir que pertenecen á la membrana, la cual no es separable al nivel de los discos de soldadura, con medios químicos ni mecánicos, pues, hasta el amoníaco que destruye todo el contenido del tubo, nos muestra íntegra y continua la vaina de Schwan.

No quedando admitida la función que ha dado el nombre á éstos de discos de soldadura de Ranvier, creo como el Dr. Ramón y Cajal, que sería más lógico darles el nombre de discos de sostén, por el doble objeto de mantener al cilindro-eje que pasa por su agujero central equidistante de las paredes envoltorias y servir de sostén á la mielina y trabéculas de su estructura en el sentido longitudinal.

Otra cuestión de importancia entraña la estructura del tubo nervioso en la parte contenida entre el cilindro-eje y la vaina de Schwan. Después de los trabajos de Ranvier y de Schmidt Lantermann, publicados los últimos en 1874, parecía terminado el estudio de los caracteres de las fibras de mielina, pero los histólogos no cesaron hasta conocer la más pequeña particularidad de su estructura. Primeramente Ewald y Kühne, con medios puramente químicos como la digestión artificial, encontraron difundida en el tejido nervioso una substancia que da la reacción del tejido córneo y á propósito de la cual declararon: «que, lo que viene llamándose neuroglía, lleva injustamente tal nombre, y que todo lo considerado conectivo en la sustancia gris en su mayor parte no es substancia, collogena y mucho menos de origen conjuntivo, sino de naturaleza epitelial, derivada como los nervios de la hoja córnea.» En lo que atañe á los nervios, demostrada la existencia de esta substancia que llamaron *neuro-keratina*, importaba determinar cómo se comporta morfológicamente, no estando en esta segunda parte tan afortunados los citados experimentadores, pues no han conseguido, como en la parte química, ver sus estudios comprobados por los más modernos experimentadores.

Ya he dicho anteriormente al tratar del cilindro-eje, que iba éste revestido de una capa tenuísima de líquido ó plasma nutritivo, que Klebs calificó de líquido *periaxial*, el que tiene á su vez una cubierta más ó menos limitada, según unos, y la consideran otros blanda y de fácil alteración, sin que hasta ahora, se haya podido comprobar nada sobre su particular estructura, conviniendo solamente en que entre esta superficie cilíndrica y el espacio que limita la cara interna de la vaina de Schwan queda lugar destinado á contener la substancia mielinica repartida con regularidad, merced á una disposi-

ción especial de ciertas fibrillas, que estudiadas con distintos métodos, ninguno ha igualado en sus resultados á los obtenidos por Golgi y su discípulo Rezzonico con el procedimiento del primero algo modificado. Estos histólogos describen un estroma compuesto de fibrillas arrolladas en espiral dispuesta á modo de cono, estando la parte más estrecha aplicada sobre el cilindro y la ancha conteniendo otra espira, y de esta suerte cual una serie de embudos metidos unos dentro de otros en número variable según las regiones. Estos detalles, aparte del aspecto exterior, son los que distinguen mejor la fibra con mielina de los centros de las de la periferia; en los últimos, sin duda, por la protección que tiene la mielina con la vaina de Schwan, son las citadas espiras en menor número, sus vueltas más visibles y no tan metidas unas dentro de otras, mientras que en las fibras centrales tienen el aspecto de una serie de embudos formando casi un canal cerrado, quedando así constituida ó representada la protección que la vaina de Schwan dispensa á la mielina.

Fibra de Remak.—Esta fibra á pesar de las dificultades que para su admisión han puesto muchos histólogos, considerándola alguno como ilusión derivada de la idea de apoyar con datos anatómicos la hipótesis de Bichat, sobre la individualidad é independencia del nervio gran simpático, ha ganado no obstante más terreno cada día, quedando hoy generalmente admitida.

Esta fibra, según los métodos técnicos que empleamos para su estudio, se nos presenta algo variado su aspecto, como puede verse en el siguiente resumen sacado de Tizzoni:

1.º Con la acción en el estado fresco, del ácido ósmico primero y de la purpurina luego, se ve en estas fibras al rededor del núcleo una zona clara muy fina, refringente, como otras varias líneas que recorren la fibra en sentido longitudinal separando con su réfringencia los fascículos coloreados de rosa amarillento.

2.º Por la acción del cloruro de sodio al 10 por 100, la fibra de Remak se divide en muchas fibrillas de aspecto finamente granuloso y bien distintas unas de otras; lo cual nos demuestra, que las fibrillas no están unas al lado de otras al formar un fascículo, sino unidas y conexas por medio de una substancia cementante de naturaleza mucosa, por ser, como tal, soluble en el cloruro de sodio.

3.º También podemos obtener esta dislaceración por la acción del alcohol y sucesiva ebullición en el cloroformo, facilitando estos reactivos la separación de las fibrillas del cordón con medios mecánicos. Bajo este método, las fibras se nos presentan con un aspecto

más parecido á las del tejido conectivo, que con el procedimiento anterior. Esto nos indica que en estas fibras se encuentra una substancia soluble en el alcohol y cloroformo, como la mielina, la cual por su escasez no puede ser vista á la observación directa. La existencia de una capa, aunque sea ligera, de substancia mielínica en las fibras del simpático, viene todavía demostrada claramente en los procesos patológicos provocados experimentalmente, en los cuales se observa que la mielina se condensa en varios puntos en gotas pequeñas. Por tanto, si las fibras del simpático, no se pueden admitir como absolutamente amielínicas, y se asemejarán á las fibras medulares, con lo cual tendremos casi fijado el tipo de la fibra nerviosa, con la fibra mielínica, aún cuando en la del simpático no sea demostrable la existencia de ningún retículo córneo y la mielina se encuentre en poca cantidad, como simple capa envolvente que no necesita de retículo de sostén.

Las fibras con mielina al pasar á extra-centrales, además de sufrir los cambios que he citado en su estructura, al asociarse para constituir el nervio craneano ó raquídeo, les acompaña una prolongación de la pia-madre que se modifica y reune con otros elementos de naturaleza conectiva. La prolongación de aquella hoja que constituye el *neurilema*, es rica en vasos, y de su superficie interior parten tabiques conjuntivos que dividen el nervio en distintos fascículos, yendo éstos á su vez individualizados y cubiertos con una túnica que da la reacción de los endotelios, á la que Ranvier llama *vaina laminosa* y Retzius *perineuro*, pudiéndose también encontrar en las cavidades anulares que revisten, células de la misma naturaleza endotelial.

Los citados profesores han descrito también dentro del haz nervioso unos finísimos fascículos conectivos entrecruzados, de marcha rectilínea y en la dirección longitudinal del nervio, que se moldean á la superficie de los tubos, los que junto con células conectivas estelares y gran cantidad de capilares dispuestos en forma de red, llenan los intersticios que dejan entre sí los citados tubos, constituyendo el *endoneuro* de Retzius ó el tejido *conectivo intra-fascicular* de Ranvier.

(Se continuará)

Algunas consideraciones sobre la **DIFTERIA**

POR EL

DR. JUAN FREIXAS Y FREIXAS

Médico-Ayudante del Hospital de Santa Cruz (por oposición).

I.

Hace ya algún tiempo teníamos intención de publicar estas ligeras consideraciones acerca, principalmente, la etiología, patogenia y tratamiento de la difteria; pero hemos necesitado, para decidarnos á ello, el convencimiento de que en ésta, como en la mayor parte de cuestiones médicas, están los pareceres tan divididos, que, á no ser después de un concienzudo examen, es casi imposible hallar el fundamento, si lo hay, en que se apoyan opiniones tantas y tan diversas.

Nos ha inducido también á publicarlas, aunque en grado mínimo, relativamente, el que la mayor parte de consideraciones que continuamos, nos han servido de argumento en la discusión que, acerca el *Tratamiento de la Difteria*, ha tenido efecto en la *Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña*. Si los continuamos aquí, son en concepto sencillo de consideraciones que creemos han de conducirnos á dejar cumplido nuestro solo, exclusivamente solo, deseo. Esto no significa que arguyamos la controversia.

Ahora una advertencia: no se extrañe nadie de que no digamos nunca: yo hago, ni yo digo, ni yo pienso; la costumbre adquirida puede mucho en nosotros, cuando se refiere á hechos de esta clase. Además, conste que cuanto digamos lo hemos aplicado ó deducido, en primer lugar, de algunos pocos autores que hemos consultado, y en segundo lugar, contando con la valiosa cooperación del Dr. DURÁN Y TRINCHERÍA, Médico de número de la visita de que somos Ayudante en el Hospital de Santa Cruz.

Importaban estas, al parecer, insignificantes aclaraciones antes de entrar en materia.

Hemos dicho ya que, principalmente, nos había decidido á publicar lo que continuamos, la diversidad de pareceres que se nota en lo que se refiere al modo cómo evoluciona la enfermedad que estudiamos, y de la que no podíamos convencernos en manera alguna: no lo creíamos posible hoy. Teniendo en cuenta la serie de argumentaciones aducidas por todos, y hablando científicamente

en serio, pueden reducirse las diversas agrupaciones á dos solas entidades: los que consideran la difteria como proceso infeccioso primitivamente general, y los que la conceptúan local al principio de su evolución. Hemos dicho hablando en serio, porque no comprendemos, en efecto, que haya quién lo considere como los primeros unas veces y como los segundos otras; mucho menos partiendo, como aseguran, de un criterio fijo que, á la verdad, no hemos sabido encontrar en ninguna parte: ni comprendemos tampoco haya quien asegure de un modo absoluto, que en un importante número de casos, la difteria no evoluciona más allá del cómo lo hace la menos importante alteración completamente localizada. Pensamos, y estamos dispuestos á probarlo, que los primeros ignoran los elementos de la patología general relativa á los procesos infecciosos, y creemos que los segundos confunden lastimosamente la difteria con otra enfermedad infecciosa cualquiera, que aún hay que descubrir.

Quedan pues, según nuestra humilde opinión, dos solos bandos: los *generalistas* y los *localicistas*.

Y volvemos á encontrarnos en esta cuestión, como en todas las palpitantes, con lo de que unos fundan sus argumentaciones en los raciocinios que implica en sí la experiencia clínica, y los demás, según aquéllos, se apoyan única y exclusivamente en experimentos, sí, pero en experimentos de laboratorio. ¡Dichosa lucha!... ¡Ya va resultando ridícula en extremo!

Y ¿qué nos dice la clínica según los generalistas? Resuelve la cuestión muy sencillamente. Un enfermo se ofrece con infartos ganglionares cervicales, p. e., fiebre alta, y á los dos ó tres días aparece en punto visible la placa diftérica; ¡es claro que la manifestación ha sido secundaria!...y hay quien protesta y dice: No, señores, es que ustedes no han sabido apreciar la placa ó es que ésta radicaba en un punto inaccesible á la vista; y los *generalistas* se agitan y se revuelven y acuerdan, por último, dar más valor á un hecho que consideran negativo que á mil positivos; y acuerdan, asimismo, sentar principios sin fundamento de ninguna clase, que ni la clínica prueba ni lo aprueba nadie.

Y decimos que la clínica no los prueba, por la sencilla razón de que, á pesar de que se nos explicaba que la difteria era un proceso general, á la cabecera del enfermo, las observaciones clínicas, que siendo alumnos internos y por lo mismo sin casi conocer lo que era clínica, recogíamos para cumplir el cargo que nos estaba encomendado, nos enseñaron ya que la difteria era un proceso infeccioso

primitivamente local. Y tan así nos lo enseñaron, que en el último curso de nuestra carrera lo defendimos en una de las sesiones que semanalmente celebraba el «Ateneo de Alumnos Internos de la Facultad de Medicina» (1). Por manera, que si ya entonces lo defendíamos, en una época en que no conocíamos más que algo de clínica, ¿cómo no hemos de hacerlo hoy, á la vista de lo que de más elemental nos enseña la Escuela microbiológica y nos prueba sin cesar la clínica de verdad? Conste, pues, que á la cabecera del enfermo, recogiendo cuidadosamente las observaciones y estudiándolas después, hemos aprendido lo que significa la primitiva localización de la difteria, el valor que alcanza y el cómo deber ser considerada. Más tarde y cuando estudiemos la evolución clínica de la enfermedad de una manera precisa, nos fijaremos de nuevo en este concepto, con el fin de que pueda deducirse de un modo claro y terminante, que el laboratorio prueba los hechos que pueden observarse cotidianamente á la cabecera del enfermo, pero no siguiendo para la observación un criterio exclusivista, que deslumbra siempre, pero por lo mismo, no enseña nunca.

La idea que defendimos, según hemos indicado, cuenta con fundamentos múltiples hallados hasta entre los que militan de una manera poco definida en el campo de los generalistas. De tal modo, que nosotros no hemos podido considerar infección general primitiva la enfermedad que se caracteriza, con relación al *punto primitivamente afectado*, de la siguiente manera: «... el niño no siente al principio en él sino un poco de dolor ó de calor, un ligero escozor y muy poca dificultad de deglutir; síntomas de que no se queja siempre á tiempo y así quedan desconocidos. En este período se nota ya la hinchazón de los ganglios submaxilares y cervicales...» (2). Ni hemos podido considerarla tampoco así, ya «... que bastaba que hubiese en una familia un niño enfermo de garrotillo ó de mal de garganta pseudo-membranoso, para que se comunicase la difteria á los demás, hasta entonces sanos, pero que tenían en un punto cualquiera del cuerpo una herida que daba acceso al contagio » (3). Y mucho menos al

(1) *Boletín del Ateneo de Alumnos Internos de la Facultad de Medicina de Barcelona*.—Enero, 1882.

(2) *Tratado práctico de las enfermedades de los niños*, por el Dr. F. Barrier.—Traduc. public. en Barcelona, 1843.

(3) *Clínica Médica del Hotel-Dieu de París*, por A. TROUSSEAU.—Pág. 559 de la 3.^a edic. esp.—Madrid, 1868.

leer que «La *medicación tópica*, á pesar de la oposición que hoy encuentra, es la *medicación* por excelencia en el tratamiento de la *difteria*; se halla tan indicada en esta enfermedad como en la *pústula maligna*...» (1). Los comentarios que podrían continuarse huelgan.

Y los casos de contagio ¿prueban algo?... «En Garaçay (Indre), un niño que todavía mamaba contra la angina diftérica que reinaba epidemicamente. Su madre siguió lactándole hasta que murió, no tardando en ser invadido el *pezón* por la inflamación especial, cubriéndose de falsas membranas, cuya extensión detuvo una *medicación* conveniente...» «En un chico que murió del garrotillo, la enfermedad se situó desde luego *en el muslo*, en un punto ligeramente escoriado por el frote producido por el reborde de un carretón en el que le llevaba su hermano mayor, que sucumbió también á una *difteria* laríngea siete días antes que el primero...» (2). Podríamos añadir á éstos otros casos relatados minuciosamente por el mismo TROUSSEAU: el concepto de BRETONNEAU con respecto á este punto (3): las observaciones de ROSEN, CORTESIUS, WEDEL, BERGERON, HILLER, PATERSON, CERRTEL y tantos otros autores. Las víctimas que la *difteria* ha causado entre los médicos, de los que podemos citar VALLEIX, ENRIQUE BLACHE y DE GILLETE. Los de propagación á distancia por el solo mecanismo de *locus minore resistentiæ*. El modo bien determinado como evolucionan las chapas diftéricas secundarias, que algunos, no sabemos por qué, las colocan en la categoría de los hechos de experimentación en otra escala cualquiera. En una palabra, afirmamos nuestras creencias también en este conjunto de hechos que la observación clínica, de verdad, ha demostrado hasta la evidencia, ya que ellos en sí constituyen el verdadero fundamento en que apoyamos desde el principio nuestra manera de pensar en este asunto preciso.

Pero más que por todo lo indicado, creemos que la *difteria* es una enfermedad que se localiza al principio y se generaliza muy luego, porque no conocemos ninguna enfermedad infecciosa que evolucione de otra manera, ni una sola. Cítesenos una: ¿el sarampión?... ¿la viruela?... ¿la escarlatina?... Ninguna de ellas lo es: podremos desconocer el preciso punto en que radica la primitiva localización; pero no porque no lo conozcamos se nos obligará á creer en la generalización

(1) Loc. cit., pág. 560.

(2) Loc. cit., pág. 503.

(3) *Archives générales de médecine*.—1855.

primitiva. La Medicina no ha estado ni estará nunca en contradicción con la lógica.

Y aún, p. e., ¿en la escarlatina la angina inicial constituye el foco infeccioso primitivo de la enfermedad?... no lo sabemos á punto cierto; pero en cuanto se nos ofrezcan algunos casos análogos á uno en que intentamos demostrar este hecho (enero 1889), prometemos verificarlo. Ya sabemos que si no comparece el exantema típico, se nos dirá que aquello hubiera sido una sencilla angina catarral, á pesar de la albuminuria que la pudiera acompañar, por ejemplo; pero en cambio, si logramos que la fiebre sea poca, que sea cero el número de las complicaciones graves apreciables y que resulte poco acentuado el proceso exantemático, algo habremos obtenido y algo más podremos probar.

Y no se nos venga á comparar la difteria con ninguno de estos procesos, mientras no sea en el sentido de comparar la chapa diftérica á la angina inicial en la escarlatina, p. e.; el exantema que acompaña á estos procesos, patentiza que van hacia su fin: es una de las vías de eliminación de que se vale el organismo para descartarse de los elementos patógenos que perturban su funcionalismo: el exantema debe colocarse al mismo nivel (por su manera de ser) que la nefritis albuminúrica, ó sea el efecto del exceso de funcionalismo que la fuerza de eliminación impone al emuntorio más poderoso de cuantos posee nuestra economía.

Y pasemos ahora ligera revista á lo que nos tiene demostrado el Laboratorio. Y antes debe permitírse nos una consideración que por más que parezca atrevida no puede resultar serlo: nos referimos á la pena que nos dan cuantos se atreven hoy mismo á asegurar que aún no se ha descubierto el agente patógeno de la difteria: no parece sino que sólo se escriba para un cierto número de seres, bien reducido por cierto, y que los demás se crean dispensados de hacerlo, á pesar de que se guarden la facultad de tratar de todo, con aquella fatuidad que sólo puede conceder la más supina ignorancia. Repetimos, parecerá atrevida esta consideración, pero no resulta serlo; nace de oír un día y otro día, que los hechos de Laboratorio no resultan ser tales hechos nunca; que son trabajos puros de fantasía, y cuando á estos individuos se les osa hacer mirar por la lente del microscopio, sólo saben ver sus propias pestañas engalanadas con los múltiples colores que les presta la refracción. No creemos nosotros en cuanto aseguró haber observado TROUSSEAU, p. e.? pues porque hay aún

quien duda de los hechos demostrados por eminentísimos prácticos de Laboratorio, ya que el gran libro del médico no los ha negado nunca!

Sabemos que en las placas diftéricas se encuentran distintos elementos micro-orgánicos, pero conocemos, ya, casi á punto cierto, el papel de cada uno de ellos desde que LÖFFLER publicó sus trabajos acerca el bacilo patógeno de la difteria y que han sido extractadas más tarde y publicadas por MACÉ (1).

El bacilo que KLEPS ya señaló como á patógeno (2), LÖFFLER lo ha aislado y cultivado, habiéndolo encontrado en las placas diftéricas de la faringe, laringe y en el jugo pulmonar de las bronco-pneumonías diftéricas. Esta aseveración que al principio no se atrevía á dar como á completamente segura su propio autor, ha sido corroborada, puesta fuera de duda por DARIER (3), BABES, DESPINE, KOLISKE y PALTAUF, ARTMANN, ZARNIKO, ESCHERICH, ROUX y YERSIN (4), los catedráticos L. BRIEGER y C. FRANKEL (5) y muchos otros experimentadores no menos notables, que han demostrado la presencia constante del bacilo de LÖFFLER en las placas diftéricas, y algunos de ellos han puesto fuera de duda las objeciones más fundamentales que pudieran presentarse á cuantos trabajos se han llevado á efecto, como diremos muy luego.

Se trata de bacilos rectos ó ligeramente encorvados: casi tan largos como los bacilos tuberculosos (generalmente es así), pero de doble grosor, separados de las células vecinas por un ancho tabique, comunmente engrosados en las extremidades. Inmóviles en las preparaciones frescas.

Ya LÖFFLER aseguró, y ha resultado esta aseveración confirmada por todos los experimentadores, que este bacilo patógeno no se encuentra más que en el sitio preciso en que radica la localización diftérica. No habiéndose encontrado más que, en un único caso, un solo ejemplar en la trama íntima del hígado. No es posible hallarlo ni en la sangre, ni en los tejidos de los individuos que han fallecido á consecuencia de la difteria, aún en los animales en que se practica la inyección subcutánea, la intra-venosa ó la intra-peritoneal con cultivos puros del bacilo.

(1) MACÉ: *Traité pratique de Bacteriologie*.—París, 1889.

(2) *Archivos de Patologia experimental*.—Tomo I y IV.

(3) DARIER: *Bronco-pneumonie dans la diphterie*; Thés. Doct.—París, 1885.

(4) *Annales de l'Institut Pasteur*.—Janvier, 1889.

(5) *Investigaciones sobre los venenos de las bacterias*; por los catedráticos L. BRIEGER y C. FRANKEL.

Es claro que al estudiar el cómo obra este agente, la cuestión se presentaba, después de lo consignado, bastante resuelta: si él no se mueve del sitio que ocupa la localización diftérica y es el agente patógeno de la difteria, algo segregará ó excretará que dé margen al conjunto de síntomas que caracterizan á la infección. Y en efecto, á esto es debido que haya podido demostrarse que el bacilo de LÖFFLER no obra sino en virtud de una leucomatina que segrega. A esta manera de considerar este hecho, fué á lo que se debió, sobre todo, que al principio ni el mismo LÖFFLER se atreviera á asegurar de un modo absoluto que el bacilo por él aislado y cultivado, fuese realmente el patógeno de la difteria, ya que observó que la transmisión de los cultivos á los animales (cobayas, conejos, palomos, etc.) no produjeron el cuadro conocido de la difteria humana, faltando, sobre todo, las parálisis típicas. Los primeros experimentos de esta clase fueron practicados por LÖFFLER en 1887 (1), y publicados en este año con un acopio de datos tal y un tan importante número de detalles, que nos atrevemos á suponer que los más exigentes no han de poder encontrarle un solo pero. Deduce de todos ellos que ha alcanzado el veneno diftérico y que éste es una especie de *enzimo*. A pesar de lo dicho, podemos continuar que verificaron experimentos mucho más detenidos y extensos ROUX y YERSIN (2), los que haciendo pasar por filtros de Chamberland cultivos del agente patógeno que se estudia, lograron un líquido sin bacilos, pero compuesto de sustancias por ellos excretadas y que producían el efecto que se buscaba, sobre todo cuando los cultivos habían llegado á alcanzar las cuatro ó cinco semanas. El resultado obtenido era distinto, como se comprende, según la cantidad del líquido que se empleaba, según la especie zoológica que se sujetaba al experimento, y según la vía de transmisión; de todos modos, resultaron los experimentos decisivos, ya que reproducían en el sitio de elección el conjunto de datos que caracterizan la localización diftérica y daban lugar á la infección con el cuadro típico de las parálisis. La leucomatina obtenida resultó ser una especie de diastasa, un *enzimo* que se modifica por el aire y por los ácidos.

Estos experimentos de ROUX y YERSIN, verdaderamente decisivos, han sido corroborados por los distinguidos catedráticos de la Escuela de Berlín, L. BRIEGER y C. GRÜNDEL (3), los que para prac-

(1) *Semanario Médico Alemán*; núms. 5 y 6.—1890.

(2) *Annales de l'Institut Pasteur*.—Janvier, 1889.

(3) *Investigaciones sobre los venenos de las bacterias*, por los catedráticos L. BRIEGER y C. GRÜNDEL.

ticar los estudios se valieron de cultivos de difteria de las fauces ó de la laringe, observados los más de ellos en la Clínica-quirúrgica de aquella Escuela; en todos los que, sin excepción de ninguna clase, se encontraron los bacilos de LÖFFLER.

Debemos hacer constar aquí, que se ha demostrado igualmente, que la acción de esta sustancia diastásica se manifiesta claramente en el organismo hasta mucho tiempo después de haber desaparecido de él, y por completo el agente patógeno de LÖFFLER; de tal manera, que este mismo autor ha observado un caso de difteria en un niño de pecho, que á pesar de estar en el pleno período de desarrollo la infección y de haberse extendido la placa diftérica á toda la laringe, no pudo encontrarse en las pseudo-membranas más que el micrococo de COHN, de que trataremos enseguida (1).

Apuntados estos importantísimos hechos, debemos pasar revista de los demás agentes panspérmicos, que se encuentran en las placas diftéricas: BABÈS (2) asegura que los bacilos descritos pueden formar esporos, ovoideos y brillantes que resisten á la temperatura de 100° C. Aparte de estos esporos, se encuentran en las placas diftéricas, bacterias pertinentes ó especies distintas y que no alcanzan la misma importancia: variedades que resultan accidentales y que deben considerarse incluidas en el grupo de las llamadas bacterias comensales, que abundan siempre de un modo constante en la superficie de ciertas mucosas, aguardando condiciones aptas para su desarrollo y que juegan, como ya se ha indicado, un papel secundario, en lo que se refiere á la infección general, contribuyendo á la formación de las falsas membranas y auxiliando el funcionalismo del agente patógeno. A este grupo pertenece la bacteria que OERTEL aisló y describió en 1871 (3), y que fué considerado por su autor como la causa probable de la enfermedad; COHN (4) asignaba á la mentada bacteria el papel de elemento patógeno; los experimentos practicados por LÖFFLER, no le conceden la importancia que se ha dicho. CORNIL, que la ha observado muchas veces, la ha identificado con el *Micrococcus pyogenes* (5). Aparte de esto, puede señalarse que las culturas de la

(1) MACÉ: *Traité pratique de Bactériologie*; pág. 338.—París, 1889.

(2) CORNIL et BABÈS: *Les Bacteries*; 2.ª édition, pág. 455.—París, 188.

(3) OERTEL.—«Experimentell Untersuchungen über Diphtherie» (Archivos de Clínica Médica, VIII; 1871).

(4) COHN.—«Untersuchungen über Bacterien» (Beiträge zur Biologie der Pflauzen, I, 2.ª p.).

(5) CORNIL ET BABÈS: *Loc. cit.*, pág. 254.

bacteria citada, se parecen mucho á las del *Micrococcus de la erisipela*.

De cuanto se ha dicho referente al bacilo de LÖFFLER, resulta que existe como á elemento patógeno en la localización primitiva de la difteria: que no se le encuentra más que en esta manifestación local; que produce la infección general secundaria por la absorción en el organismo de la leucomatina diastásica que segrega en el punto indicado; leucomatina diastásica, que puede continuar determinando sus espantosos efectos en la generalidad del organismo, á pesar de haber desaparecido por completo de la localización primitiva el agente patógeno que la ha creado, y por último, que se encuentran también en la pseudo-membrana algunas bacterias, que intervienen también en el desarrollo de los efectos del bacilo patógeno.

A pesar de cuanto llevamos dicho, aún habrá quien dude de la evolución asignada al proceso diftérico. No es lógico, pero es posible y esto basta. Para ver si llevamos el convencimiento al ánimo de todos, trataremos del asunto siguiendo un criterio á la vez clínico y microbiológico, adaptándolo precisamente al período del mal en que hallan los generalistas datos (dicen) para creer como creen. Estudiemos, al efecto, la marcha del proceso. Para que evolucione el germen de la difteria (p. e.) en una superficie mucosa cualquiera, es necesario que reuna ésta un cierto y determinado número de condiciones de las llamadas de receptividad; ésta es una ley elemental de la escuela microbiológica. La implantación de este agente orgánico, obrando como á cuerpo extraño, que al fin y al cabo es, determina en aquel punto la llamada hiperemia del estímulo, que va haciéndose cada vez más intensa [en los elementos celulares que están á su alrededor: desarróllase una fuerza hipergenética en el mentado elemento: ocurren los cambios de coagulación celular y la migración en tanto, el bacilo va excretando la leucomatina, que en estas solas modificaciones imprimidas encuentra suficientes condiciones para ser absorbida: evolución toda que concluye con la aparición del proceso visible, que describiremos después para los efectos del tratamiento. Por lo tanto; desde el momento de la implantación del germen y el des-envolvimiento de su funcionalismo, por una parte, y la aparición de la localización diftérica primitiva *visible*, por otra, ¿media tiempo que pueda apreciarse?... ¿la difteria constituye una única escepción en el concurso de las enfermedades infecciosas?... para hablar más claro, ¿la difteria cuenta con el período de incubación? entendiendo por tal el tiempo que media entre la implantación del agente patógeno (cuyo

momento no puede precisarse nunca con verdadera exactitud) y la aparición del primer síntoma patognomónico apreciable? Para nosotros la tiene: y entiéndase que al emplear el nosotros, no lo decimos en sentido magistral, sino con el solo objeto de exponer humildemente nuestras propias convicciones. Para nosotros, repetimos, debe ser así, ya que no llegamos á comprender que sea posible el desarrollo de ninguna enfermedad infecciosa sin este período previo de preparación.

A ver si así llegamos á un acuerdo.

Y pasemos á la comparación: no consideramos desacertado, muy al contrario, la que se ha hecho por algunos de los *generalistas* entre la difteria y la sífilis: hace ya mucho tiempo que las comparamos en el solo concepto de los distintos períodos de la evolución: y lo hacemos así porque pensamos, afortunadamente, con respecto á la sífilis, de muy distinta manera que los que la comparan á la difteria, militando en el bando contrario al nuestro. Para nosotros el chancro duro representa en la sífilis, lo que la chapa pseudo-membranosa en la difteria (salvo, lo repetimos, lo que no se refiera á tiempos de evolución). El chancro duro no representa más que el resultado de la localización primitiva; de la preparación del bacilo LUSTGARTEN ó de KEEPS, productor de la infección general consecutiva, que allí se rodea de condiciones que le permitan ganar la generalidad del organismo; invasión que va logrando después de las modificaciones que *in situ* imprime á los tejidos. Por manera que nosotros somos de los que empezamos á tratar la sífilis ya en el mismo chancro: estamos convencidos de que es posible el tratamiento atenuativo de la sífilis (contamos con observaciones), y no podemos decir, personalmente, el abortivo, porque en todos los casos cuando hemos podido diagnosticar el chancro, la infección general estaba ya más que iniciada. Ahora bien; dénsen por sabidas las múltiples condiciones que necesita el bacilo de la sífilis para evolucionar, tanto en lo que se refiere á las muchas modificaciones que deben imprimirse al terreno como al tiempo que necesita, y se verá la inmensa diferencia que existe entre la marcha que sigue la sífilis y la rapidísima que sigue la difteria. Los infartos ganglionares que en ambos casos existen patentizan que es, asimismo, análoga la manera cómo se efectúa la infección de la generalidad del organismo.

Si cuanto hemos dicho no basta para convencer á los *generalistas*, podemos aún continuar que estas deducciones que se desprenden del

ELIXIR
Coca del Perú, nogal y Colombo
É HIPOFOSFITOS

PREPARADO POR

GORGOT (farmacéutico)

Rambla de las Flores, 8

BARCELONA.

Las experiencias que á solicitud nuestra han verificado varios médicos de Barcelona y otros puntos, nos han animado á ofrecer un producto capaz de satisfacer los deseos del más exigente facultativo, por cuanto observarán con ventaja la acción tónico-analéptica, digestiva y reconstituyente, superando á muchos preparados de aplicación idéntica.

Frasco, 3 pesetas.

DOSIS.—Una cucharada grande para los adultos, y pequeña para los niños antes de las comidas, mezclada con partes iguales de agua.

Se expende en las principales farmacias.

Depósito general, Farmacia Gorgot.—**BARCELONA.**

VEJIGATORIO MASÓ ARUMÍ

COLODIÓN CANTARIDADO

PREPARADO POR EL

Doctor MASÓ ARUMÍ

Esta preparación está llamada á sustituir con ventaja á los emplastos de Cantáridas y al esparadrapo de Albespeyres, por la rapidez con que obra, por el poco ó ningún dolor que produce para obtener la vesicación, y por la facilidad de graduar la intensidad de la revulsión según las capas de Colodión que se apliquen.

Atendidas algunas observaciones que nos han hecho varios de los señores médicos que lo prescriben con frecuencia, hemos asociado al **Colodión**, Espíritu de **Alcanfor**, para evitar los efectos excitantes de las Cantáridas.

A los señores facultativos que deseen ensayarlo, les entregaremos gustosos la cantidad que necesiten para su experimentación.

Para evitar imitaciones y falsificaciones, exijase siempre **Vejigatorio Masó Arumí**.

Se despacha en frascos de cristal, de tapón esmerilado, con su pincel y estuche.

PRECIO: 4 pesetas frasco grande y 2 pesetas frasco pequeño

FARMACIA del Doctor MASÓ ARUMÍ

Rambla de Estudios, 19. Calle del Buensuceso, 1.—BARCELONA.

SOLUCIÓN DE FLUORURO FOSFATO DE CAL

PREPARADA Y DOSIFICADA

POR

F. SEGURA.

Recientes investigaciones hechas por los médicos más renombrados del globo, demuestran que el fluor unido á las sales cálcicas, es el mejor de los remedios para curar la tisis incipiente, hasta tal extremo que los animales que ingieren grandes cantidades de fluoruro son inaccesibles al microbio de la tisis. Al propio tiempo contribuye de una manera muy directa al desarrollo de los huesos y formación del callo en toda clase de fracturas. Está muy indicado su uso en el raquitismo y debilidad general; es muy superior á las Soluciones de Clorhidrofosfato de cal, y no ofrece sus peligros, siendo al propio tiempo un excelente aperitivo.

De venta: Farmacia de Segura, Baños Nuevos, 8.—BARCELONA.

PASTILLAS VERMÍFUGAS DEL DR. DURÁN

Para niños y adultos.—Eficaz, seguro é inofensivo.—Precio: 1 peseta caja.

Barcelona: FARMACIA de SEGURA, Baños Nuevos, 8, Barcelona

conocimiento del agente patógeno; del único sitio en que se encuentra; del cómo excreta la sustancia de que hemos hablado y por intermedio de la que infecciona el organismo, y del estudio de los demás agentes micro-orgánicos que se encuentran en la falsa membrana, todo ello debido á los estudios de laboratorio, lo corrobora y patentiza, por lo mismo, la clínica. O sino, veamos la historia clínica que con el núm. 4 figura en nuestro libro de NOTAS CLÍNICAS, número 3, destinado exclusivamente á observaciones de difteria:

OBSERVACIÓN NÚM. 4. *Sala de Sta. Teresa*, núm. 4. Josefa Miserachs, 15 años, sirvienta: natural de Igualada, prov. de Barcelona. *Temperamento* linfático nervioso. ANTECEDENTES; excema escrofuloso, cuero cabelludo, á los 2 años; más tarde detrás orejas, epistaxis á los 4 años. Faltan los de familia. Ingresó en la sala de Sta. Lucía (visita de ojos) el día 24 de mayo, con *conjuntivitis granulosa y ectropion párpado inferior izquierdo*, ocupando la cama núm. 4.

Fué trasladada á nuestra visita, ocupando la cama primeramente mencionada, el día 27 de mayo, por haberse quejado al médico auxiliar de la visita, Dr. Presas, de los síntomas subjetivos pertinentes al ESTADO ACTUAL: Joven regularmente constituida, bien menstruada desde hacía 2 años. Incorporada en la cama; cara congestionada; labios abultados; lengua ligeramente saburral; sed; disfagia; enrojecimiento de la cámara posterior de la boca; ardor y algo de dolor en este punto; amígdala izquierda infartada; infartos ganglionares, poco acentuados, sobre todo parte izquierda. Tos muy escasa, completamente seca. Ningún síntoma estetoscópico ni plexímetro por parte del aparato respiratorio. Astricción de vientre. Disuria. Ligeró lumbago. Algún escalofrío. Temp. 39°6; 134 pulsaciones por minuto.

Teniendo en cuenta que la joven procedía de una casa en que había un niño diftérico (que murió de crup), y á pesar de no verse ninguna chapa diftérica, se estableció el diagnóstico de *angina*, probablemente, *diftérica*. Instituyóse el plan de que hablaremos después.

Al medio día continuaba el mismo cuadro sindrómico con mayor intensidad. 39°9; 120 pulsaciones.

Por la tarde se notaba ya, además de lo apuntado, la chapa blanquecina tapizando la amígdala izquierda y otra de unos dos centímetros en el fondo de la cámara posterior. Los infartos ganglionares se habían hecho excesivamente notables, y acusaba la enferma en el sitio que ocupaban un tan intenso como continuo dolor.

A los 7 días quedaba completamente libre del proceso diftérico, no sin que se hubiese iniciado antes una parálisis del velo del paladar.

El día 5 de julio, en ocasión en que la enferma estaba sentada en la cama comiendo una sopa, cayó muerta como herida por el rayo.

Y esta infección general consecutiva, ¿se opera de una manera constante en la difteria? Para nosotros, sí; máxime cuando ya hemos demostrado que podía existir aún antes de que apareciese la localización primitiva diagnosticable, constituyendo la única gravedad que en aquel período (si puede llamarse así) se ofrece.

La duración de este período primitivo es en esta, como en todas las enfermedades infecciosas, nada definible, si se ansía una seguridad matemática; depende tanto de las condiciones individuales del paciente como de la cantidad y virulencia del agente patógeno. Estos son los factores que influyen asimismo en lo que se refiere á relación entre la intensidad y extensión de la localización primitiva y las de la infección que crea.

Esta infección que se ofrece siempre, en mayor ó menor escala, es lo que nos hace temer generalmente á la difteria; y si decimos generalmente, es porque una de las localizaciones primitivas que comunmente escoge nos detiene, además de por la gravedad que ella en sí lleva, porque casi nos desarma de uno de los factores imprescindibles para combatir la infección; nos referimos á la oxidación que se opera de continuo en la trama íntima de los tejidos.

Por esta consideración es por lo que envidiamos la calma que tienen muchos prácticos frente á la que, en la mayoría de los casos, tiene de más grave la difteria, y de la misma manera que muchos de ellos no comprenden que haya quien la tenga para mirar, sin combatir, la placa diftérica, no acertamos á explicarnos en virtud de qué la tienen ellos frente á la infección diftérica establecida.

De manera que nosotros, al tratar de la difteria y para los debidos efectos, siempre hemos tenido en cuenta lo de la realidad de la infección, y ha sido por esto que la hemos considerado siempre clasificable en tres distintas agrupaciones: 1.^a, difterias en que lo más notable es la manifestación local primitiva; 2.^a, difterias de infección general intensa pero de marcha relativamente lenta, y 3.^a, difterias de marcha rápida.

Ya suponemos se nos dirá que esta clasificación convencional tiene el principal defecto de no poderse establecer más que *à posteriori*. Estamos convencidos de ello; pero podemos asegurar que siempre que nos hallamos con algún caso de difteria, lo consideramos pertinente al tercero de los grupos establecidos, y así logramos, muchas veces, que después podamos continuarlo entre las observaciones del primer grupo. Así lo hacemos y no nos arrepentimos de haber obrado así.

Precisa una aclaración con respecto al segundo grupo: en él incluimos aquellos casos desgraciados, demasiado comunes, en los que, á pesar de haber desaparecido la chapa diftérica por completo, y no obstante de poderse considerar como curado el paciente, á los

quince días, tres semanas, un mes, cinco semanas y aún más tiempo después, ha sobrevenido una parálisis cardíaca de un modo repentino, que en un momento ha ocasionado la muerte del sugeto enfermo; por más que pudieran colocarse entre los que, por no haberlos examinado con suficiente detención, pudieran constar en el primer grupo.

Recuérdese que aquí tiene cabida cuanto hemos indicado en lo relativo á las condiciones que influyen en el desarrollo é intensidad de la infección.

Establecidas así las cosas, creemos quedan colocadas en su justo medio; ni resultan leves y por lo mismo curables todas las difterias, ni se conceptúan mortales todas. Y decimos esto, teniendo en cuenta cuanto se ha dicho y recordando un buen número de importantes estadísticas.

Antes de terminar esta primera parte y con el objeto de dejar sentadas algunas bases que han de servir de fundamento al diagnóstico macroscópico de las lesiones, y de guía para escoger aquellos medios de que podremos valernos para tratar debidamente la manifestación local visible de la difteria, debemos continuar algunos pocos datos sacados, la mayor parte de ellos, de *Les Bactéries*, obra de CORNIL y BABÈS, que hemos citado ya, y que se refieren al concepto anatomo-patológico de la lesión mentada.

Después de lo manifestado á propósito de las primeras alteraciones que en el elemento celular de la mucosa determina la sola presencia del agente patógeno, por la sola acción de presencia; gracias á la hiperginesis que á los citados elementos comunica en virtud del estímulo, y á los cambios que, por lo mismo, en su manera de ser imprime; opérase allá una infiltración fibrinosa del elemento celular, debido á lo que aparece una capa, ténue al principio, transparente, de color citrino, que es la primera fase de la verdadera pseudo-membrana. Aparece ésta en forma de pequeña mancha blanquecina que va inspisándose, en unos casos, y en otros aparecen á un mismo tiempo ó en diversos tiempos distintas manchas de idéntico aspecto y consistencia, que engrosándose y ensanchándose pueden terminar, por fusión, con la formación de una sola. Resulta una capa más ó menos espesa, semitransparente ú opaca, adherente y que sólo se disgrega cuando se forman debajo de ella, y en contacto más íntimo con los elementos de la mucosa, una nueva capa diftérica.

Estas falsas membranas están constituídas por fibrina, que forma una red más ó menos espesa y por el elemento celular, representado ó bien por células linfáticas migratrices, ó por glóbulos rojos, ó bien

por células epiteliales ya modificadas. Estas células están situadas entre las mallas del reticulum fibrinoso. Los elementos epiteliales aprisionados sufren la degeneración fibrinosa de WAGNER ó sea la necrosis de coagulación de WEIGERT. Por debajo de la falsa membrana, que hace cuerpo con el corion, ya no se encuentra el epitelio, puesto que la placa diftérica reemplaza al revestimiento epitelial.

Analicemos aún más. El tejido conjuntivo de la membrana mucosa se ofrece, ó bien unido á la superficie ó se hace irregular. Siempre está profundamente alterado, infiltrado de células linfáticas y de glóbulos rojos; sus vasos capilares están llenos de glóbulos blancos, y esta inflamación neoformativa llegada á su máximo, afecta todo el espesor del órgano, desde las capas más superficiales á las profundas.

Podemos añadir á estos datos, que demuestran el importante papel que la mucosa entera desempeña en este proceso de nueva formación, que la falsa membrana está más adherida al corion en las mucosas de epitelio estratificado espeso, que en las con epitelio simple, delgado, ó sea epitelio cilíndrico, esto último sucede, por ejemplo, en la mucosa de la laringe, de la traquea y de los bronquios.

Nota bene.---En aquellos casos en que no se trata más que de una angina simplemente pultácea, la mucosa no está alterada por debajo de la capa de cubierta y por lo mismo no existen conexiones entre ambas.

Resultado de este conjunto de datos anatomo-patológicos: que no es posible separar la pseudo-membrana diftérica, sin que quede el punto que ocupaba, cuando menos, desnudado de epitelio; es decir, con una superficie cruenta, con una solución de continuidad. A no ser que se trate de anginas que con toda la apariencia objetiva de diftéricas, después de analizado concienzudamente todo, resulten ser sencillas anginas pultáceas. Confusión que al fin y al cabo es perdonable, porque además de ser al principio, relativamente fácil, la han sufrido *alguna vez* un buen número de autores.

(Se continuará.)



Elixir Digestivo
DE
JIMENO

PEPSIN. Y PANCREATINA EN ESTADO NATURAL, Y DIASTASA.

DIGESTIVO COMPLETO de los alimentos grasos, azoados y feculentos.--**EXCITANTE PODEROSO DE LA DIGESTION**, por hallarse compuesto de los jugos pépsico y pancreático naturales, con sus inherentes ácidos, sales y principios inmediatos. Está reconocido este digestivo como preparación de alta novedad y superior á todas las conocidas.--**PRINCIPALES INDICACIONES.**--Apépsia (falta de apetito), dispépsias ácidas y flatulentas. digestiones pesadas, vómitos de los alimentos y vómitos de las embarazadas.

FARMACIA DEL GLOBO, PLAZA REAL, 4, BARCELONA, Y EN TODAS LAS DE LA PENÍNSULA

JARABE DE HIPOFOSFITOS DEL Dr. JIMENO

EUPÉPTICO Y RECONSTITUYENTE (FÓRMULA FELLOWS MODIFICADA)

Contienen los hipofosfitos de sosa (0'20), de cal (0'25), de hierro (0'05), de manganeso (0'02), de quinina (0'03) y de estricnina (0'001), químicamente puros y solubles.

El hipofosfito de estricnina á un miligramo por la dosis ordinaria de 20 gramos de jarabe, cu charada grande, aleja todo peligro de síntomas de intoxicación extrínica.

El Jarabe de hipofosfitos del Dr. Jimeno

hecho bajo las inspiraciones de un reputado facultativo de Barcelona, y con todo el esmero posible para su dosación y pureza, goza de una aceptación grandísima entre los mejores facultativos de la Península, por lo bien que responde á sus múltiples indicaciones.

El Jarabe de hipofosfitos del Dr. Jimeno

es de acertada aplicación y de resultados seguros en todas aquellas enfermedades que reconocen por causa la anemia, como por ejemplo los distintos estados nerviosos procedentes de empobrecimientos de la sangre, neuralgias faciales, jaquecas (migraña), dolores de estomago durante la digestión, bñidos ó desvanecimientos, zumbido de oído, ruidos en la cabeza, etc., etc. En el aparato digestivo puede combatirse con este jarabe la inapetencia, las dispepsias en todas sus formas, las regurgitaciones ó acideces (cor agre), los vómitos y el estreñimiento y desarrollo de gases.

Y donde son muy palpables las ventajas del JARABE DE HIPOFOSFITOS DEL DR. JIMENO, es en las enfermedades como la tisis, diabetes sacarina, raquitismo de los niños, convalecencia del tífus y en general en todos los estados caquéticos de consunción ó pérdida de las fuerzas orgánicas.

El fósforo en la forma de hipofosfitos, los reconstituyentes calcio, hierro y manganeso y los tónicos quinina y estricnina, representan una medicación tónica, reconstituyente y estimulante completa.

Toleran este Jarabe todas las personas por débiles que se encuentren, y siendo como son moderadas las dosis de sus más activos componentes, el bienestar que produce á los enfermos constante y duradero. No estimula en exceso un día á costa de la depresión del día siguiente.

DOSIS: Una cucharada grande disuelta en medio vaso de agua, cada cuatro horas; para los niños la mitad de la dosis. A veces se recomienda tan sólo una cucharada grande disuelta en agua antes de cada comida. El facultativo en último resultado, indicará la dosis y hora de tomarla.

NOTA.--No debe confundirse este Jarabe de hipofosfitos del doctor Jimeno con otros similares.

FRASCO, 3'50 PESETAS

FARMACIA DEL GLOBO DEL DR. JIMENO
SUCESOR DE PADRÓ

4, PLAZA REAL, 4 - BARCELONA



El **MORRHUOL** es el principio activo del aceite de hígado de bacalao; sustituye con indiscutibles ventajas las emulsiones y demás preparados de dicho aceite.

A causa del sabor desagradable y olor aromático muy pronunciado, lo encerramos en cápsulas eupépticas que contiene cada una 0'20 correspondiente á 8 gramos de aceite colorado y á 15 del blanco. Los efectos han sido notables á la dosis de 2 cápsulas diarias en los niños de 6 á 8 años, de 3 á 4 en los de 8 á 12, y de 6 á 10 en los adultos, tomadas antes de las comidas.

El Morrhuol no perturba ni afecta en lo más mínimo las vías digestivas cual sucede con el aceite administrado en cantidad algo crecida. Por el contrario, las más de las veces desde los primeros días de su administración, desaparecen los trastornos digestivos aumentando el apetito, las digestiones se facilitan y se regularizan las deposiciones. Este producto obra más rápidamente que el aceite de hígado de bacalao porque su absorción es más fácil y completa.

CÁPSULAS EUPÉPTICAS DE MORRHUOL

Frasco, 10 reales; 12 frascos, 96 reales.

Cápsulas eupépticas de Morrhuol: hipofosfitos y cuasina.—Sustituyen con ventajas fácilmente apreciables la emulsión Scott y jarabe Fellows.—Frasco, 16 reales.

Cápsulas eupépticas de Morrhuol creosado.—De grandes resultados en el tratamiento de las diatesis depauperantes, tuberculosis, escorbuto, escrófula y afecciones de corazón.—Frasco, 14 reales.

Cápsulas eupépticas de Morrhuol iodo-ferruginoso.—Poderoso reconstituyente y anti-discrático en las afecciones escrofúlosas, anemia y clorosis.—Frasco, 14 reales.

Cápsulas eupépticas de Morrhuol: fosfato de cal y cuasina.—Reconstituyente de los pulmones, centros nerviosos y aparato óseo.—Frasco, 14 reales.

Cápsulas eupépticas de MIRTOL.—De resultado positivo en las afecciones de las vías respiratorias; especialmente en la broncoectasia, bronquitis fétida, asma catarral, neurosis cardíaca, etc.—Frasco, 10 reales.

Cápsulas eupépticas de Eter amílico valeriánico.—Específico de las enfermedades nerviosas, neuralgias, hemicránea, cólicos hepáticos, nefríticos y uterinos.—Frasco, 10 reales.

Cápsulas eupépticas de Eterolado de asafétida.—Antihistéricas, Toserina de las mujeres nerviosas, afecciones nerviosas de los órganos respiratorios y digestivos, cólicos ventosos con astricción.—Frasco, 10 reales.

Cápsulas eupépticas de Terpinol.—Diurético modificador de las secreciones catarrales, enfermedades de las vías respiratorias y génito-uritarias.—Frasco, 10 reales.

Cápsulas eupépticas de hipnono.—Procuran el sueño sin excitación y tienen las ventajas del cloral sin tener sus inconvenientes.—Frasco, 10 reales.

Se remiten por correo á cambio de sellos.—En venta, farmacia del autor, Plaza del Pino, 6, Barcelona y principales farmacias de España y América

EXTRACTO DE LAS CONFERENCIAS CLÍNICAS.

dadas

POR EL DR. A. ESQUERDO

en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas.

SEXTA CONFERENCIA

**Reducción de las hernias.—Manipulaciones
varias.—Táxis.**

Ocupémonos ya de la táxis en la reducción de la hernia estrangulada; se han empleado con este objeto manipulaciones que podemos llamar brutales, como colgar al enfermo cabeza abajo, imprimiendo al cuerpo fuertes sacudidas y otras, pero las paso por alto por quedar ya relegadas á la historia. Las frotaciones ligeras y la compresión suave recomendadas por LANNELONGUE y MAISONNEUVE, ya fajando al enfermo con una venda elástica ó colocándole saquitos de perdigones sobre el tumor, pueden producir algún resultado en casos poco graduados; lo mismo diré de las fuertes presiones verificadas sobre la fosa iliaca al lado de la hernia, por tracción indirecta hacia dentro.

El procedimiento verdaderamente racional es la táxis reglada y en ella podemos fundar legítimas esperanzas.

Hay distintas maneras de practicarla:

- 1.^a Táxis por compresión uniforme. 2.^a Táxis por escurrimiento.
- 3.^a Táxis por arrancamiento; y 4.^a Táxis por destorsión.

La táxis por compresión uniforme de la hernia es la más practicada, pues es la que conocen la generalidad de los médicos y la que ejecutan los mismos enfermos. Colocado el enfermo en decúbito horizontal, se coge la hernia con la mano derecha, si es pequeña, ó con ambas manos si es muy voluminosa, y se ejerce compresión sostenida durante buen rato: si la hernia no cede, se ejercen compresiones alternas en uno y otro sentido, ó bien se recoge la hernia aproximando los pulpejos de los dedos al orificio herniario. Algunas veces sucede que la hernia se aplanar al rededor del orificio, y tanto para evitar esto, como para evitar la reducción de hernia y saco á la vez, con los dedos de la mano izquierda se rodea el pedículo y se sostiene, mientras se ejerce presión sobre la hernia con la derecha. También pueden imprimirse movimientos laterales levantando la hernia para

dejar más libre el extremo inferior del intestino, de lo cual LOSSEN ha hecho un procedimiento. En las hernias voluminosas, de ancho orificio y estrangulación poco pronunciada, esta manera de operar da casi siempre resultado.

El escurrimiento consiste en coger la hernia con ambas manos con los dedos pulgares é índices inmediatos al pedículo, y por un movimiento semejante al que se hace al enrollar un cigarrillo, se va empujando el intestino hacia el orificio para ver si puede conseguirse la introducción del mismo en el anillo por deslizamiento. Es el procedimiento empleado por RICHTER y MAXSCHEDE. Por medio de estas frotaciones puede conseguirse el desprendimiento del intestino, del borde del orificio, la introducción de algunos gases y el deslizamiento de la pared del intestino, tras lo cual vendrá la reducción. En los casos de atascamiento, y cuando ya se ha iniciado el edema en el intestino, este procedimiento puede ser de verdadera utilidad.

El arrancamiento propuesto por LOSSEN y BUSCH, y practicado también por STREUBEL y RICHTER obedece al concepto que habían formado de la estrangulación aquéllos. Se principia por coger la hernia y tirar de ella hacia fuera inclinándola á un lado ú otro, con el objeto de poner en relación con el borde del orificio herniario una superficie lisa del intestino. Al mismo tiempo se consigue con esto aumentar la cantidad del asa herniaria, y por consecuencia disminuir su distensión y el acodamiento que por ésta resulta, dejando al intestino en mejores condiciones para practicar la reducción. Con recordar el mecanismo de la estrangulación se comprende la utilidad de este procedimiento. Yo recuerdo dos casos, uno de hernia crural y otro de hernia inguinal, en que después de tirar del asa herniaria hacia fuera, conseguí inmediatamente la reducción. Creo que el procedimiento ha de ser más útil que los otros en los casos de hernias pequeñas, de angosto orificio y estrangulación reciente.

La destorsión deriva del mecanismo aceptado por SCARPA y PRGRAY para la estrangulación de algunas hernias. No es raro encontrar el extremo inferior del intestino encima del superior con un entrecruzamiento evidente. Para estos casos todas las demás manipulaciones podrían resultar inútiles, mientras que un movimiento de torsión verificado sobre el pedículo de la hernia facilitará la reducción.

No se puede precisar cuál de estos procedimientos dará mejor resultado en cada caso particular, pues su elección depende del mecanismo del proceso, pero debemos obrar según los datos que nos proporcione el examen objetivo y subjetivo del enfermo, y si no da resultado un método, recurriremos sucesivamente á los demás.

La duración de la táxis así como la fuerza empleada en la misma tienen ciertos límites. Es difícil precisar el tiempo, no obstante me parece exagerado el de 60 minutos que señala LISFRANC para una sola sesión. A los 25 ó 30 minutos el cirujano agota la paciencia y la fuerza y el enfermo se cansa de sufrir; por otra parte no se consigue gran cosa prolongando más los ensayos, pues mientras no se perciba la reducción al menos de parte de la hernia es inútil el esfuerzo empleado. Es preferible descansar un rato, durante el que tanto el enfermo como el cirujano se reponen y puede emprenderse de nuevo con más probabilidad de éxito. Los ensayos pueden repetirse dos ó tres veces, pero debemos para ello tener en cuenta el estado de la hernia, y si hay sospechas de esfacelo no insistiremos en la manipulación.

En resumen: en las hernias vírgenes de táxis recientes y de expedito orificio, la táxis puede prolongarse y repetirse sin peligro: no así en las pequeñas, de estrecho orificio, antiguas, y sobre todo si están muy sensibles á la presión, lo cual indica que si no se ha desarrollado la inflamación está á punto de hacerlo.

Por lo que toca á la fuerza que puede emplearse en la reducción de una hernia es necesario recordar las alteraciones que pueden presentarse en los órganos herniados. En intestinos sanos podrá abusarse de ella sin gran perjuicio, pero cuando ya se ha iniciado el reblandecimiento ó la desecación del intestino, cualquier exceso puede ser fatal, ya que nos exponemos á una reducción seguida de muerte rápida. Precisamente estos casos son los que habían servido á MALGAIGNE de *vade-retro* contra la táxis.

Por más que en algún caso haya podido dar resultado, no considero prudente practicar la táxis forzada apelando al auxilio de uno ó dos ayudantes, táxis á cuatro y seis manos como han aconsejado algunos cirujanos, entre ellos LISFRANC y COSSELIN, por cuanto, á mi entender, no es la fuerza lo que reduce la hernia, sino la maña. Creo que bastan las manos del cirujano, y como fuerza la que puedan desarrollar sus dedos: que el tiempo de duración debe regularse por el cansancio de los dedos.

El cirujano debe saber cuando examine una hernia si es ó no oportuno practicar la táxis y hasta qué punto puede llevarse ésta. Tampoco sobre este punto se pueden sentar reglas fijas. Recordaréis que os dije al hablar de las lesiones de la estrangulación, que la rapidez con que éstas se desenvuelven depende de una porción de circunstancias; pues bien, debemos apreciar estas circunstancias, y en

virtud de esta apreciación acudir sólo á la táxis cuando tengamos la convicción de que todavía está íntegro el intestino; y no empeñarse en ella ni menos forzarla, cuando sospechemos que han podido desarrollarse alteraciones capaces de comprometer la vitalidad de sus paredes. Obrando de este modo desistiremos de practicar la táxis en estrangulaciones recientes, y la practicaremos en otras que cuenten varios días de fecha. Si recordais los casos que referí en la primera de estas conferencias, habréis podido notar que he practicado la táxis con buen resultado á los ocho días de estrangulación, mientras que he encontrado el intestino esfacelado al segundo día. (1)

Para practicar la táxis se necesita colocar al enfermo en buena posición y muchas veces prepararlo. Hay enfermos timoratos que no permiten se les toque la hernia, y otros que por la agitación propia de la estrangulación no están un momento quietos. En estas condiciones no es posible practicar bien la táxis. A estos enfermos, es necesario calmarlos ó anestesiarlos. El baño general caliente es de gran utilidad para estos casos, lo mismo que los narcóticos y anestésicos. Mientras no haya contraindicación, si no se puede contar con la quietud del enfermo, lo mejor es anestesiarlo hasta resolución, tanto para mantenerle quieto, como para relajar sus músculos abdominales, y ahorrarle sufrimientos. No obstante, algunas veces, antes de practicar la quelotomía he intentado la táxis con el enfermo anestesiado y no he podido reducir la hernia.

La posición más adecuada para practicar la táxis es el decúbito supino con la cabeza y las nalgas levantadas, y los muslos en flexión y abducción. Es la posición en que quedan más relajados los músculos abdominales y sufren menos tensión los pilares de los orificios herniarios. Por otra parte, las vísceras tienden por su peso á separarse de la pared abdominal. Colóquese, pues, al enfermo en la cama, con una almohada debajo de las nalgas y otra debajo de las corvas.

El cirujano debe colocarse al lado del enfermo que corresponde la hernia. Mientras practica la táxis debe estar muy atento á lo que ocurre en aquélla, tanto porque puede notar detalles que aclaren el diagnóstico, como para saber cuándo comienza la reducción. Después de ejercer compresión un rato parece que disminuye el volumen de la hernia, lo cual puede dar lugar á equivocación, creyendo que la

(1) Posteriormente á esta conferencia he tenido que dejar ano artificial á un joven de 22 años con una hernia inguinal estrangulada de dos días, al que tuve que extirpar 25 centímetros de intestino gangrenado.

reducción ha comenzado. Débese esto á que por las compresiones desaparece el edema periherniario, la hernia se aplasta y se disemina. Muchas veces me ha ocurrido ver muy esperanzados al enfermo y sus parientes por haber notado tal diferencia; otros he oído de boca del médico de cabecera que había comenzado la reducción, pero no había podido completarse. Lo único que indica que la reducción comienza, es la percepción del deslizamiento de una porción de la hernia hacia el orificio y el ruido de glu-glu, que indica que los líquidos y gases corren hacia la cavidad abdominal. Es el verdadero dato positivo, y por esto, cuando lo percibimos debemos mantener los esfuerzos de reducción en el mismo sentido, hasta conseguirla completa. Comunmente después de este ruido las partes herniadas deslizan con facilidad y se reducen, pero en alguno que otro caso la reducción queda paralizada. Si se tiene la seguridad de haber percibido el glu-glu no debe perderse la paciencia, que la reducción es segura.

(Se continuará.)

SECCION BIBLIOGRÁFICA

TRATAMIENTO DE LA HISTEROPTOSIS Ó CAÍDA DEL ÚTERO

Tema del programa del Congreso Médico Internacional celebrado en Barcelona por el Dr. D. Alejandro Planellas, profesor clínico de la facultad de Medicina.

En un folleto de reducidas páginas ha publicado el Dr. D. Alejandro Planellas el trabajo que con el epígrafe que encabeza estas líneas presentó al Congreso Médico celebrado en esta ciudad durante la Exposición Universal.

Gracias á los sólidos conocimientos ginecológicos que posee el autor y el haberse ceñido estrictamente al tema le ha sido fácil, no sólo condensar en breves líneas los variados medios mecánicos y diversos métodos operatorios preconizados para combatir una afección, cuya rebeldía es solamente comparable con su frecuencia, si

que también establecer de paso un atinado juicio crítico de cada uno de ellos.

Con galanura de estilo y claridad en la exposición, el aventajado profesor clínico de nuestra facultad, antes de entrar de lleno en el estudio del tratamiento del prolapso uterino, establece algunas consideraciones de verdadera importancia, ya que han de servir de base á una terapéutica racional. Divide las histeroptosis en tres grupos, á saber: de origen extrínseco, intrínseco y mixto, denominaciones que expresan con claridad la noción que ha presidido á cada una de ellas. En capítulo especial reseña los diferentes instrumentos conocidos con el nombre de pesarios, respecto de los cuales manifiesta con sobrada justicia, que *son muchos los que se han inventado, y muy pocos los que prestan utilidad ó dejan de causar perjuicio.*

Al ocuparse de los métodos operatorios manifiesta la conveniencia de una clasificación, con arreglo á las causas de origen de la histeroptosis, facilitando de esta manera el estudio ordenado de los mismos, y al propio tiempo sintetizar el estado actual de la ginecología respecto á este importantísimo asunto. Agrupa todos los procedimientos quirúrgicos en tres grandes métodos operatorios, que son:

- 1.º Los que dirigen su acción sobre el útero.
- 2.º Los que intentan modificar los medios de suspensión de este órgano; y
- 3.º Los que obran sobre los medios de apoyo del mismo.

En el primer grupo figuran la traquelotomía, la fijación peritoneal y la extirpación total del órgano; el segundo comprende la operación de Alquié-Alexander (acortamiento de los ligamentos redondos), practicada hoy por gran número de ginecólogos con éxito más ó menos dudoso. Fundándose el Dr. Planellas en este hecho, y, además, en que dicha intervención es la única que en la actualidad se conoce para modificar los medios de suspensión del útero, pregunta: *¿en atención al papel que desempeñan en la sustentación del útero los ligamentos útero-sacros, no sería racional dirigir sobre ellos nuestra acción y procurar por otra vía más la curación del descenso y del prolapso uterinos?* En el último grupo estudia la colporrafia ó elitrorrafia, perineorrafia y colpo-perineorrafia.

A cada una de las intervenciones quirúrgicas apuntadas indica el Dr. Planellas el manual operatorio, las indicaciones que cumplen, las ventajas que ofrecen y peligros que presentan, estableciendo, por último, algunas consideraciones muy pertinentes y razonadas que demuestran los profundos conocimientos que en ginecología posee.

Para terminar, el Dr. Planellas condensa en una serie de conclusiones las principales ideas y opiniones expuestas en el trabajo que nos ocupa, que recomendamos eficazmente á nuestros lectores, particularmente á los que se dedican á la práctica ginecológica, y por el que felicitamos muy de veras á su distinguido autor.

DR. FARRIOLS ANGLADA.

Abril 1890.

Profilaxia de la sífilis en el niño y en la nodriza por medio de la lactancia animal, por J. Viñeta Bellaserra.—Barcelona, tipografía de la Casa Provincial de Caridad.—1889.

En todas las naciones civilizadas se han levantado voces de alarma contra los daños y difusión de la sífilis, y se ha pensado seriamente en atajar los progresos de un mal que, como dice un ilustre publicista italiano, despuebla un país, gasta su raza y la hace infecunda. Y tanto es así, que el mayor contingente de mortalidad por esta enfermedad lo dan los niños, particularmente los afectados de sífilis congénita. Fournier dice que de cada cien niños concebidos en París perecen trece, á consecuencia de sífilis de la madre. Si se tiene en cuenta, además, que la sífilis es una de las más poderosas causas de esterilidad, y en las mujeres que llegan á concebir, de aborto, veráse cuánta razón tienen los que consideran que la sífilis es más bien un mal social que sexual.

Es interminable la lista de publicaciones encaminadas á indicar medios más ó menos eficaces para prevenir los efectos de la sífilis y

á las cuales hay que agregar la reciente del estudioso Dr. Viñeta Bellaserra.

En este folleto el autor encarece la importancia del estudio de la sífilis, como una de las causas que más influyen en la degeneración de la especie humana, y la que mayor mortandad produce en los niños.

Estudia el caso de inoculación de una nodriza sana por un niño sífilítico, y establece la regla de que en semejantes circunstancias la nodriza debe continuar lactando al niño, ó en su defecto hay que recurrir á la lactancia animal.

En casos de duda, acerca de la existencia de sífilis en el niño y cuando la nodriza no ofrece señal alguna de infección, aconseja el autor que se suspenda la lactancia mercenaria por espacio de siete semanas (duración máxima del período de incubacion), pasado cuyo tiempo puede continuarse otra vez la lactancia por medio de la nodriza.

Para evitar la difusión de la sífilis por una nodriza infectada que amamantara sucesivamente á varios niños, indica el autor, siguiendo á Rollet y Fournier, que debería obligarse á las nodrizas que ya hayan lactado, á la presentación de un certificado médico en el que constara el estado de salud del niño ó niños que hubiesen tenido á su cuidado. El autor, sin embargo, no debe creer esta medida completamente eficaz, y por esto encarece la necesidad de que los médicos propaguen entre las familias las ideas manifestadas.

Entra luego el Sr. Viñeta Bellaserra en el estudio médico-legal de este asunto, y siguiendo la opinión de Rollet, afirma que hay que observar al niño y la nodriza, para resolver el difícil problema de declarar, siempre que el caso lo requiera, quién ha transmitido la sífilis. Si el niño hubiese fallecido, habrá necesidad de recurrir á la autopsia. En breve compendio indica los síntomas patognomónicos en la sífilis, y los medios para reconocer la prioridad en la infección.

El autor cree que la única manera de evitar la propagación de un mal que tantos estragos produce, consiste en la lactancia animal para los niños afectados de sífilis.

Estudia luego las condiciones que ofrece la leche de los distintos animales aptos para alimentar á los niños; indica las reglas que hay que observar en la lactancia animal directa; describe los caracteres histológicos de dicho líquido nutritivo y los que se refieren á su densidad. Hace un estudio comparativo de la leche de mujer, yegua, burra, cabra y vaca. Indica la influencia que ejercen los alimentos y bebidas en las cualidades de la leche y las demás causas que pueden también modificarlas.

En trece conclusiones reasume el autor las diversas materias de su monografía.

El Sr. Viñeta, en este trabajo como en los demás que lleva publicados, ha demostrado su erudición, y ha sabido condensar lo mucho que sobre tan importante tema se ha escrito. Así, pues, á aquellos que no pueden emplear el tiempo leyendo obras voluminosas y los muchos artículos que andan esparcidos en revistas y periódicos, es á los que recomendamos más especialmente la monografía del Sr. Viñeta Bellaserra.

C. FRAGINALS.

Febrero de 1890.

REVISTA DE LA PRENSA

EL BAILAHUEN EN EL TRATAMIENTO DE LA DISENTERIA Y DE DIARREAS CATARRALES.—El Dr. Daniel Carvallo que ha sido el primero que de un modo ordenado y con un fin terapéutico fijo y determinado usó el bailahuen, presentó al certámen del Congreso Médico Chileno una interesante Memoria descriptiva de los caracteres botánicos, de la composición química y de las propiedades fisiológicas y terapéuticas de esta planta, estudio que publica el *Boletín de Medicina* de Santiago de Chile y que vamos á extractar por conceptuarlo de verdadera importancia.

Pertenece esta planta á la familia de las Sinantéreas, género *Haplopappus*, especie de *Bailahuen* (Remy). Crece en la cordillera de

los Andes y principalmente entre los grados 26 y 30; cordilleras llamadas de Hurtado.

Sus caracteres botánicos son: «tallo leñoso, lampiño y glutinoso; las hojas son coriáceas, con la base persistente en el tallo, muy acercadas en la parte inferior de los ramos, tras-ovaladas, espatuladas, bordeadas en su mitad superior de dientes ganchosos de 25 milímetros de largo sobre 10 de ancho; cabezuelas solitarias en el ápice de ramas alargadas, casi desnudas en su parte superior; aquenios muy lampiños.»

El bailahuen contiene un ácido tónico especial que debe pertenecer al grupo de los glucósides, materia colorante, goma y bastante cantidad de materia sacarina.

Los indígenas lo usan en las enfermedades especiales de la mujer y para lavar heridas y E. C. Reed dice que le atribuyen propiedades afrodisíacas y que lo emplean contra la esterilidad. En Copiapó, en el norte de la República de Chile, los números que por la mala calidad del agua que beben sufren constantemente afecciones intestinales, las curan con el uso del bailahuen. A esta población fué á pasar una temporada, á fin de ver si el cambio de clima le volvía la salud, una persona de la familia del Dr. Carvallo que á pesar de un tratamiento bien dirigido no curaba de una disenteria que sufría hacía meses; le aconsejaron que tomase la infusión de esta planta y con sólo esto curó en 15 días. Este resultado y las noticias que acerca de esta planta pudo adquirir decidieron al citado doctor á emprender una serie de observaciones, viéndose eficazmente secundado por el farmacéutico Sr. Eisele quien preparó una tintura alcohólica de bailahuen al 10: 100; un extracto líquido de color bruno-oscuro y de sabor aromático ligeramente dulce que correspondía á igual cantidad en peso de bailahuen; probó de obtener un alcaloide, consiguiendo sólo una masa amorfa; se preparó un agua destilada con una pequeña cantidad de bailahuen, que poseía en alto grado el color aromático de la planta. No se separó esencia, pero probablemente con grandes cantidades de bailahuen y especialmente de flores, se obtendrá una esencia etérea.

Los efectos fisiológicos de esta planta son: gusto agradable, aromático, presentándose un sabor ligeramente amargo poco después de su ingestión. No produce náuseas, molestias, ni pesadez del estómago, no turba el trabajo digestivo; no hay diarrea ni estitiquez. No tiene propiedades venenosas.

Los efectos terapéuticos fueron sorprendentes. De 45 enfermos

de disenteria que trató el Dr. Carvallo con este medicamento, curaron 36 del 5.º al 15.º día, en tres no pudo seguirse la observación y en seis no se notó mejoría. La forma farmacológica en que se usó fué: en 32 enfermos la infusión caliente de la planta (tallos, hojas y flores) tres ó cuatro veces al día, ó bien una ó dos cucharadas grandes cada dos horas de una infusión de 15 ó 20 gramos en 200 de agua, filtrando después de frío; curaron 25, en tres no pudo seguirse la observación y en los otros cuatro no hubo mejoría. Usó el extracto fluido (20 gotas en un poco de agua azucarada cada dos horas), en 8 y sólo fracasó en uno y tuvo que interrumpir la medicación en otro para administrarle 50 centigramos de calomelanos y luego 30 gramos de aceite de ricino, volviendo á prescribir el bailahuen con éxito completo. En 5 usó la tintura (doble dosis que el extracto) y fracasó en uno. La administración del medicamento siempre se hizo por la vía estomacal, y sólo si había tenesmo rectal se daba la impresión en enemas y cedía el tenesmo.

Trató con este medicamento 20 enfermos de diarrea catarral y obtuvo otras tantas curaciones, debidas tal vez al ácido tánico que contiene.

Un caso de cólera nostras y 12 indigestiones fueron rápidamente mejoradas con el uso de esta planta.

El resultado fué nulo en dos casos de diarrea crónica de Panamá, 1 metritis y una impotencia sexual.

¿De qué modo obra? El Dr. Carvallo cree que produce, como la ipecacuana, una modificación en la exhalación intestinal, logrando que las materias alimenticias vuelvan á tener el caracter fecal, y no teniendo los inconvenientes de producir náuseas ni vómito. Aumenta la secreción biliar, activa las contracciones del intestino y produce un aumento momentáneo de la secreción intestinal, que luego disminuye. Su acción irritante local moderada favorecerá la cicatrización de las úlceras que se forman en el intestino del que sufre disenteria, y tal vez por acción refleja excitará el gran simpático, regularizando la circulación general tan profundamente alterada en esta enfermedad.

ESPADALER.

ESTADÍSTICA DEMOGRÁFICO-MÉDICA.—Cuadro de defunciones

Latitud Norte, 41° 23' 5" —Altitud 14 metros.—Superficie en Ks. cuadrados, 4'27.—Población

Días del mes de Abril.		Matrimonios efectuados.	Nacimientos diarios.	Defunciones clasificadas por					En el claustro materno.	Defunc. clasificadas por edades ó períodos											TOTAL general de defunciones.	Edad		
				Sexos		Estado civil				Defunc. clasificadas por edades ó períodos												Vieja.	Escritura.	Muy joven.
				Varones.	Hembras.	Solteros.	Casados.	Vudos.		1.ª dentición.	2.ª dentición.	Fuoridad.	Virilidad.	Madurez.	Vejez.	De más de 80.	De más de 60 á 80.	De más de 40 á 60.	De más de 20 á 40.	De más de 10 á 20.				
Abril..	1	1	22	14	16	23	4	3	2	4	2	2	4	2	2	1	1	1	1	30	3	3	3	
"	2	6	11	10	15	16	6	3	2	2	2	2	6	4	4	2	2	2	2	25	2	1	2	
"	3	4	28	13	7	11	8	1	3	2	1	1	2	2	2	7	1	1	1	20	1	1	3	
"	4	4	31	13	9	10	5	3	3	1	3	3	3	1	2	3	3	1	1	22	1	1	3	
"	5	22	27	10	11	12	6	3	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	21	1	1	3	
"	6	58	26	8	10	10	6	2	3	1	1	1	4	1	4	1	4	1	1	18	2	1	3	
"	7	4	22	13	8	8	7	6	1	1	1	3	4	3	5	4	3	5	4	21	1	1	3	
"	8	1	16	19	5	13	7	4	4	1	4	4	3	4	4	1	4	1	1	24	1	1	2	
"	9	2	22	15	7	11	7	4	1	4	2	4	2	5	4	1	5	4	1	22	1	1	2	
"	10	5	25	8	10	11	6	1	2	2	2	4	4	3	2	4	3	2	1	18	1	1	2	
Sumas..	100	230	123	98	125	62	34	14	16	49	20	5	5	3	24	32	46	7	221	2	10	3		
Abril.	11	1	21	15	13	18	7	3	2	4	1	1	2	1	1	6	3	3	28	2	1	1		
"	12	14	25	13	11	16	6	2	1	2	1	1	2	1	1	2	5	3	24	2	2	1		
"	13	16	14	6	10	6	6	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	16	2	2	1		
"	14	1	19	17	10	17	5	5	1	7	3	1	3	3	4	6	2	1	27	1	2	1		
"	15	3	21	14	15	21	4	4	1	10	4	1	1	1	1	2	6	1	29	2	1	1		
"	16	40	18	18	12	16	10	4	1	1	1	1	1	1	1	3	8	4	30	3	1	1		
"	17	6	25	17	12	13	7	9	1	1	1	2	1	1	1	4	7	6	22	2	1	1		
"	18	19	10	12	13	7	2	4	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	29	1	1	1		
"	19	5	28	20	12	22	3	3	3	8	3	2	3	3	4	3	4	1	22	1	1	1		
"	20	14	18	17	8	14	10	1	4	5	3	1	2	7	5	1	3	1	35	1	1	1		
Sumas..	70	208	147	115	156	69	37	18	14	62	17	6	10	8	30	51	38	8	262	5	9	5		
Abril.	21	21	11	11	18	3	1	6	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	22	1	1	1		
"	22	49	14	7	10	4	7	5	2	2	3	1	2	2	2	4	4	1	21	2	1	1		
"	23	12	22	17	8	13	7	5	2	2	3	1	1	1	1	10	5	1	25	1	1	1		
"	24	4	20	15	13	17	8	3	3	3	5	3	3	2	7	5	5	1	28	1	1	1		
"	25	1	24	8	11	13	2	4	4	2	2	2	1	1	4	2	4	1	27	2	1	1		
"	26	6	23	15	12	17	6	4	5	4	1	2	1	1	1	5	4	1	20	1	1	1		
"	27	9	21	11	9	13	4	3	1	4	1	1	1	1	1	4	3	7	30	1	1	1		
"	28	2	12	16	14	16	11	3	4	6	4	1	1	1	1	6	5	1	20	1	1	1		
"	29	9	12	12	12	5	2	3	2	2	2	1	1	1	6	6	2	1	19	1	1	1		
"	30	10	9	11	9	2	7	1	1	4	1	1	1	1	1	3	3	1	18	1	1	1		
Sumas..	34	180	121	109	139	52	39	29	18	32	19	9	5	9	23	48	34	4	230	3	9	2		
SUMAS totales.	201	618	391	322	420	183	110	61	48	143	56	20	20	20	77	131	113	19	713	104	28	31		

RESUMEN NUMÉRICO MENSUAL DE MATRIMONIOS. - Matrimonios clasificados por edades de los contrayentes

TOTAL general.	VARONES.—De más de						HEMBRAS.—De más de					Hasta 20 años.	De más de 60 años.	Total de los dos sexos. Mas y Menores.	Primeros nacidos. Mas y Menores.	Ocho siglos de la vida. Mas y Menores.
	Hasta 20 años.	De 20 a 30	De 30 a 40	De 40 a 50	De 50 a 60	De más de 60 años.	De 20 a 30	De 30 a 40	De 40 a 50	De 50 a 60	De más de 60 años.					
	20 años.	30	40	50	60	60 años.	30	40	50	60	60 años.					
201	7	13½	41	11	5	3	116	31	8	1			1	2	1	

idas en Barcelona durante el mes de abril de 1890, por el Dr. José Nin.

1877, 248,943.—Densidad de la población por Ks. cuadrados, 58,300'47 habitantes

MORALIDAD

[illegible]

ESTADÍSTICA DEMOGRÁFICO-MÉDICA

CUADRO de defunciones y nacimientos ocurridos en esta capital durante el mes de abril de 1890, por el Dr. Nin

DISTRITOS.	En el claustro materno.	Defunciones clasificadas por edades y periodos.										MORTALIDAD										Otras enfermedades.										Muerte violenta.											
		Modificación	Hasta 5 meses.								Total general de defunciones.	Viruela.	Sarampión.	Escarlatina.	Angina y laringitis diftérica.	Coqueluche.	Enfermedades tifoideas.	Enfermedades puerperales.	Intermitentes palúdicas.	Difteria.	Disenteria.	Tuberculosis.	Otras enfermedades infecciosas y contagiosas.	TOTAL.	Enfermedades del aparato.					Procesos morbosos comunes.	Enfer-			TOTAL.	Accidente.	Suicidio.	Homicidio.	Ejecuciones de justicia.	TOTAL.	Total general de defunciones.	Número de fallecimientos sin asistencia facultativa.		
			modades																																								
1.ª dentición.	De más de 5 m. á 3 a.	Transición	De más de 3 á 6 años.	2.ª dentición	De más de 6 a 13.	Pubertad	De más de 13 a 20.	Nubilidad	De más de 20 a 25.	Virilidad	De más de 25 a 40.	Virilidad descendente	De más de 40 a 60.	Senectud	De más de 60 a 80.	Decrepitud	De más de 80.																										
Lonja.	5	2	8	2	3	2	2	4	9	9	3	49			5		1	1							7	5	8	3		14	6			37					44				
Borne.	1	1	2	1	1			3	6	2	17			1										1	2	2	3	2	1	3	2			14					16	1			
Barceloneta.	2	5	17	13	4	1	1	7	8	7	67		1	16	2	1							2	22	4	13	7	1	10	7					42	1			1	63	2		
Audiencia.	6	3	6	2	2		1	2	13	10	46			2	3	1							6	3	11	3	1	10	2					33	1			1	40	2			
Instituto.	8	3	14	11		1	2	6	11	15	70	1	4	4	5			2					16	12	8	4		17	10	1					52					68			
Concepción.	6	1	4	3	1	3		3	12	15	50			5		3							8	12	6	4		11	3					36					44				
Atarazanas.	9	2	8	7	1	2		4	6	6	47	1	2		4								7	7	6	3		6	5					29	2			2	38	3			
Hospital.	8	8	28	1	2	7	6	30	33	26	151	5	6	1		5	1						18	13	31	10	5	1	19	30	3	2	4			116	9			9	113	8	
Universidad.	7	17	34	4	4	2	7	14	21	20	132	3	11	1	8		4	3					33	11	23	8	3	18	24	1					90	2			2	125	3		
Hostafranchs.	9	6	22	12	2	2	1	4	12	8	78		5	2	4	3	1						15	5	16	8	1	14	9					54					69				
Sumas.	61	48	143	56	20	20	20	77	131	118	713	10	28	10	51	3	16	9				4	134	74	125	52	12	1	122	98	5	2	12			503	15			15	652	19	

NATALIDAD

DISTRITOS.	LEGÍTIMOS			ILEGÍTIMOS			TOTAL general de nacimientos.
	Varones	Hembras	TOTAL	Varones	Hembras	TOTAL	
Lonja.	16	21	37	1	1	2	39
Borne.	7	10	17	1		1	18
Barceloneta.	27	18	45				45
Audiencia.	16	16	32		1	1	33
Instituto.	44	35	79		1	1	80
Concepción.	25	38	63	1	1	2	65
Atarazanas.	14	16	30				30
Hospital.	38	32	70	1		1	71
Universidad.	67	43	116	33	20	53	163
Hostafranchs.	35	38	73		1	1	74
Sumas.	289	267	556	37	25	62	618

ESTADO SANITARIO DE BARCELONA

OBSERVACIONES METEOROLÓGICAS DEL MES

Altura barométrica máxima.	768'08
» mínima.	743'50
Temperatura máxima.	19°8
» mínima.	3°9
Vientos dominantes.	S.-S.O.-S.E.-N.E.-N.O.

COMPARACIÓN ENTRE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES

TOTAL general de nacimientos	618
» de defunciones	652
Diferencia en menos: 34.	

ENFERMEDADES REINANTES

Continúan dominando las enfermedades agudas del aparato respiratorio, y las congestiones cerebrales.

Se inician las afecciones gastro-intestinales.

Entre las infecciosas es más frecuente la difteria y el sarampión leve.

**Servicios prestados por el Cuerpo Médico Municipal de Barcelona
durante el mes de abril de 1890.**

LOCALES	Heridos auxiliados.	Operaciones practicadas.	Visitas gratuitas en el mismo local.	Idem, ídem á domicilio.	Reconocimientos			CERTIFICACIONES.—Informes.	Auxilios á embriagados.	Vacunaciones.	Servicios varios.
					A personas.	A ídem alienadas.	A edificios ó industrias.				
Casas Consistoriales.	21	7	374	5	232			3	15	156	
Tenencia de la Barceloneta.	16	2	98	14	32				3		2
Id. de la Concepción.			81	5	6						
Id. de la Universidad			60	2	17					4	
Id. de Hostafranchs.	25	11	751	12	38			4	6	48	5
Escuela de Reforma.			37		6						
Asilo del Parque.			168			12		3			
Totales.	62	20	1569	38	351	12		10	24	208	7

Total general de servicios prestados: 2,301.

Barcelona 6 mayo de 1890.—EL DECANO, **Pelegrín Giralt.**

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Ateneo Obrero de Barcelona.—*Memorias* leídas en el acto de la repartición de premios celebrado en 1.º de septiembre de 1889 y en la reunión general ordinaria de 23 de febrero del presente año.

Revue internationale de bibliographie medicale, pharmaceutique et vétérinaire, dirigée par le Dr. Jules Rouvier.

Topografía médica de Mataró y su zona, por D. Antonio Franquesa y Sivilla.—(Cuaderno 6.º dos ejemplares.)

Tratamiento racional de la blenorragia aguda, por el Dr. don Juan Freixas y Freixas.—(Dos ejemplares.)

El defensor del Asegurado—Semanal.

Lecciones sobre las auto-intoxicaciones en las enfermedades, dadas en la facultad de Medicina de París, durante el año 1885, por Ch. Bouchard.

Tableaux mensuels de statistique municipale de la Ville de Paris.—Décembre, 1889.

Retazos clínicos, por el Dr. D. Juan Manuel Mariani. (Biblioteca de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas.—Un cuaderno.)

Anuario de Medicina y Cirugía.—Revista semestral.—Segunda serie.—Tomo 10.—Julio á diciembre de 1889.

ADOPTADO POR LOS HOSPITALES

ELIXIR

DE

PROTOCLORURO DE HIERRO CON HIPOFOSFITOS de VIVAS PÉREZ

Recetado por verdaderas eminencias médicas no tiene rival y es el único seguro y de inmediatos resultados de todos los ferruginosos y de la medicación tónico-reconstituyente, para la Anemia, Raquitismo, Colores pálidos, Empobrecimiento de la sangre, Debilidad, inapetencia y menstruaciones difíciles. Tenemos numerosos certificados de los médicos que lo recomiendan y recetan con admirables resultados, cuyos informes publicamos en todos los periódicos.—Cuidado con las falsificaciones porque, otros no darán el mismo resultado. Exigir la firma y marca de garantía.

Precio de cada botella, **Ptas. 4.—**Media botella **2'50** en toda España

DE VENTA EN TODAS LAS BUENAS FARMACIAS DE LAS PROVINCIAS Y PUEBLOS DE ESPAÑA, ULTRAMAR Y AMÉRICA DEL SUR

Depósito general: **ALMERÍA** Farmacia **VIVAS PÉREZ** su autor.

POR MAYOR: Madrid: Melchor García, Sociedad Ibero-Universal y J. Hernández.—Barcelona: Sociedad Farmacéutica é Hijos de J. Vidal y Ribas.—Havana: Lobé y Torralbas Farmacia y Droguería de José Sarra. Puerto Rico: Fidel Guillermet.—Mayagüez: D. Guillermo Mulet.—Buenos Aires y Montevideo: principales farmacias

RUBINAT Fuente amarga Dr. Llorach.

ÚNICA AGUA DE RUBINAT PURGANTE, recomendada por todos los centros médicos de Europa y América. Empléase con eficacia en las enfermedades siguientes: Constipación pertinaz de vientre, infartos crónicos del hígado y bazo, obstrucciones viscerales, desórdenes funcionales del estómago é intestinos, calenturas biliosas, depósitos biliosos, calenturas tifóideas, congestiones cerebrales, afecciones herpéticas, fiebre amarilla, escrófulas (tumors frets), obesidad (gordura), pudiéndose considerar el AGUA RUBINAT como el rey de los purgantes inofensivos.

Véndese en las principales farmacias y droguerías.

Administración: Cortes, 276, entresuelo, Barcelona.

SALICILATOS DE BISMUTO Y CERIO

Recomendados por la Real Academia de Medicina. **de VIVAS PÉREZ** Recetados por verdaderas eminencias de España y Ultramar

Adoptados en los hospitales y la marina por que curan inmediatamente como ningún otro remedio empleado hasta el día, toda clase de vómitos y diarreas, de los tísicos, de los viejos, de los niños, cólera, tifus, disenterías, vómitos de los niños y de las embarazadas, catarros y úlceras del estómago, piroxis con erupciones fétidas. Ningun remedio alcanzó de los médicos y del público tanto favor por sus buenos resultados, como nuestros **INALTERABLES y MARAVILLOSOS**

SALICILATOS DE BISMUTO Y CERIO

que se venden en todas las buenas farmacias de las provincias y pueblos de España, Ultramar y América del Sur.—Cuidado con las falsificaciones ó imitaciones, porque otros no darán resultado. Exigir la rubrica y marca de garantía.

PRECIOS: En toda España, Caja grande, 3,50 Ptas. Pequeña, 2 Ptas.

Depósito general: **Almería FARMACIA VIVAS PÉREZ**
quien los remite á todas partes enviando 75 céntimos más para certificado.

POR MAYOR —Madrid: Melchor García, Sociedad Ibero-Universal y J. Hernández.—Barcelona: Sociedad Farmacéutica é Hijos de J. Vidal y Ribas.—Havana: Lobé y Torralbas, Farmacia y Droguería de José Sarra.—Puerto Rico: Fidel Guillermet.—Mayagüez: Guillermo Mulet.—Buenos Aires y Montevideo: principales farmacias.

INFORME SOBRE LA LANOLINA

La grasa purificada de la lana del carnero

La Lanolina.

Es natural al cutis y pelo y es absorbida mucho más rápidamente que las otras grasas. Penetra el cutis con los medicamentos que contiene, y por eso es la mejor grasa para los ungüentos. Es menester desleir la Lanolina con 20 p. % de grasa ó aceite.

Base del ungüento de Lanolina.

De empleo muy rápido para la fabricación de los ungüentos, es la mejor base que para éstos se haya empleado hasta ahora.

Cold-cream de Lanolina.

Es absorbido prontamente por el cutis dejándole blando y sano y quitando la aspereza, las irritaciones, etc.

Jabón de Lanolina.

La grasa natural promovida en el cutis al lavarse se halla reemplazada por la Lanolina, y quedando así preservada la suavidad del cutis.

Pomada de Lanolina.

La sola preparación natural para el pelo. Es absorbida prontamente, contribuyendo poderosamente al nutrimento y sanidad del pelo.

Esta pomada, merced á sus propiedades antisépticas, hace desaparecer la caspa, que es la causa más común de la calvicie.

Lanolina en tubos para el tocador.

Esta preparación muy conveniente para las personas que viajan previene la aspereza é irritaciones. Su aplicación en las cortaduras, contusiones, raspaduras, etc., produce efectos admirables.

Burroughs, Wellcome et C^o, Snaw Hill Buildings.—Londres, E. G.

En Barcelona:

Sres. Ferrer y Comp.^a, y Formiguera y Comp.^a

Farmacia y Laboratorio Químico

M. GÓMEZ DEL CASTILLO

Premiada con Medalla de Oro en la Exposición Universal de Barcelona de 1888

POR TODOS SUS PEPTONATOS, ELIXIRES, SOLUCIONES Y GRÁNULOS.

Los más rápidos, seguros y eficaces según dictamen de la Real Academia de Medicina y Cirugía, cuya eficacia é inmensos resultados han sido comprobados en los hospitales de esta capital, Madrid y Buenos Aires. Dice así la ilustre Real Academia de Barcelona:

ELIXIR PEPTONATO DE HIERRO «CASTILLO»

Es de un grato sabor, sus efectos empiezan á manifestarse en los primeros días, no produce as-tricción ni cólico, como sucede con los demás preparados ferruginosos, notándose mayor coloración en las mucosas, aumento de apetito y otros efectos que no dejan lugar á duda sobre los inmensos resultados del Elixir.

V.º B.º, Dr. Bartolomé Robert.—El Secretario perpetuo, Luis Suñé Molist.

SOLUCIÓN DE PEPTONATO AMÓNICO HIDRARGÍRICO «CASTILLO» para inyecciones hipodérmicas; cada grano de esta solución contiene 0'02 de sal (una inyección diaria).

GRÁNULOS DE PEPTONATO AMÓNICO HIDRARGÍRICO «CASTILLO»; cada gránulo contiene 0'01 de sal par. tomar CINCO gránulos al día.

El peptonato amónico hidrargírico «CASTILLO», tanto en la forma de solución como de gránulos tiene su principal uso en los periodos secundarios y terciarios de la sífilis, cuyos progresos contiene inmediatamente, llegando en pocos días á la más completa curación, cosa que no habías podido conseguirse antes del descubrimiento de tan prodigioso preparado, según se acredita en las prácticas de eminentes especialistas académicos y puede afirmar de los experimentos efectuados esta Real Academia de Medicina y Cirugía.

SOLUCIÓN DE PEPTONATO DE QUININA «CASTILLO» para inyecciones hipodérmicas; cada grano de solución contiene 0'20 de sal.

GRÁNULOS PEPTONATO DE QUININA «CASTILLO», cada gránulo contiene 0'05 de sal.

El peptonato quinina Castillo, bajo estas dos formas de Solución y Gránulos, tienen un valor inapreciable en toda clase de estados febriles y muy especialmente en las afecciones de origen palúdico, en las neuralgias y los casos de septicemia y en general en todos los casos en que están indicadas las sales de quinina, siendo muy superior el peptonato de quinina por su gran solubilidad y absorción y rápidos resultados.

GRÁNULOS PEPTONATO DE BISMUTO «CASTILLO» de 0'10 de sal por gránulo. Han sido administrados en enfermos que padecían diarreas catarrales; los resultados terapéuticos han sido casi inmediatos.

ELIXIR DE PEPTO-FOSFATO DE CAL «CASTILLO» tres cucharadas al día. En diversos enfermos ha podido ensayar el Elixir esta Academia, observando magníficos resultados en afecciones escrofulosas que radican en los huesos y cubierta periostia.

V.º B.º: El Presidente, Bartolomé Robert.—El Secretario perpetuo, Luis Suñé.

ELIXIR MORRHUOL «CASTILLO»

La Iltre. Academia Médico-farmacéutica, donde ha sido presentado el Elixir y grajeas Morrrhuol preparadas por M. G. del Castillo para su estudio, esta docta corporación ha emitido el siguiente dictamen:

«El Elixir y grajeas Morrrhuol del Dr. Castillo, contienen la parte medicinal curativa ó sea el con junto de todos los principios á los que el aceite de hígado de bacalao debe su acción terapéutica constituyendo medicamentos muy agradables al paladar y de excelentes resultados como reconstituyentes. Por tanto la Academia recomienda estos dos medicamentos por su exquisita confección á la par que por su valor terapéutico. Comisión de preparaciones farmacéuticas, Dres. Güdel, Segura y Jimeno.—Presidente, Dr. Nicolás Homs.—Secretario, Dr. Estanislao Andreu.»

Tenemos también preparados Elixir Morrrhuol con peptonato de hierro, con peptofosfato de cal, é hipofosfitos y las grajeas Morrrhuol creosotadas. Es superior al aceite de hígado de bacalao, emulsiones y demás preparados por presentar todas sus ventajas y ninguno de sus inconvenientes.

ELIXIR PEPTO-YODURO DE AZUFRE «CASTILLO» tres cucharadas diarias.

Obra con evidentes resultados en las afecciones sífilíticas, herpéticas y reumáticas.

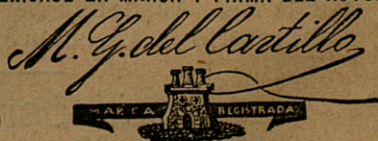
Para evitar falsificaciones en cada frasco **EXÍJASE LA MARCA Y FIRMA DEL AUTOR**

De venta en las principales farmacias

DEPÓSITO GENERAL

Farmacia del autor, Dr. M. GÓMEZ DEL CASTILLO

Condal, 15 BARCELONA.



PRECIO 10 reales.

NOTA. Advertimos á los señores Médicos y farmacéuticos que si quieren obtener los maravillosos resultados con los preparados «Castillo», exijan lo mismo en éstos que en las sales, la marca y firma del autor único preparador de los mismos. Hacemos esta advertencia porque tenemos noticia de que circulan en el comercio sales falsificadas, cuya diferencia se puede establecer con facilidad en razón ser las nuestras perfectamente cristalizadas, lo que demuestra ser una combinación químicamente pura, mientras que las substancias que emplean para falsificarlas constituyen un polvo amorfo, heterogéneo y delicuescente, lo que prueba ser una mezcla grosera y no una verdadera combinación.

VINO TÓNICO-NUTRITIVO

DE AMARGÓS

PREPARADO

con Peptona, Quina gris, Coca del Perú y Vino de Málaga

PREMIADO CON MEDALLA DE PLATA

en la Exposición Universal de Barcelona

Debido á su especial método de preparación, el **Vino tónico nutritivo de Amargós** es de un sabor agradable, lo cual hace que pueda administrarse aun á las personas de paladar más exquisito, siendo al mismo tiempo soportado por los estómagos más delicados.

EMULSIÓN AMARGÓS

DE ACEITE PURO DE

HÍGADO DE BACALAO

Con Hipofosfitos de Cal y de Sosa y Fosfato de Cal gelatinoso
Premiada en la Exposición Universal de Barcelona con la

MAS ALTA RECOMPENSA

otorgada á los preparados de aceite de hígado de bacalao y la



única aprobada y recomendada

por la Real Academia de Medicina y Cirugía y Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.

DEPÓSITO GENERAL

FARMACIA DE LUIS AMARGÓS

Calle de Gignás, 32, y Hostal del Sol, 12

—  BARCELONA  —