

# Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

## SUMARIO:

La medicación dialítica, por el Dr. J. Aguilar Jordán.

Sesiones científicas del Instituto Médico.

Revista de revistas.

Índice.

Memorias premiadas por el Instituto: *Topografía médica de Rótova y pueblos anejos á su distrito*. Primero del concurso de premios de la Fundación Roel para 1910, por el Dr. D. José Izquierdo Sánchez. (Conclusión.)

## La medicación dialítica <sup>(1)</sup>

Por el profesor Hayem

(Traducida para los ANALES, por J. Aguilar Jordán.)

La medicación que yo llamo *dialítica*, consiste en el empleo terapéutico de las sales en solución acuosa. Representa, con el polvo de bismuto, casi todo el arsenal medicamentoso realmente útil, en el tratamiento de las afecciones gástricas. Mis estudios referentes al uso de diversas substancias salinas, son bastante antiguos. Después de haber empleado diversas sales, tales como, por ejemplo, el sulfato de sosa, el fosfato de sosa, el bicarbonato de sosa ó el cloruro de sodio, siempre en disolución en el agua destilada, ó juntos, asociados y dosificados en fórmulas numerosas y variadas, solamente me he quedado con los cinco tipos siguientes de solución:

Fórmula núm. 1:  $\Delta^{(2)} = 0'255$ .

Agua . . . . .	1 litro.
Bicarbonato de sosa . . . . .	2'50 gramos.
Sulfato de sosa . . . . .	3 »
Cloruro de sodio . . . . .	1 »

(1) Lección dada en la Clínica médica del Hospital Saint-Antoine, de París, el 22 Junio 1911, y recogida por M. Pater, jefe de clínica.

(2)  $\Delta$  = punto cryoscópico (Nota del T.)

*Fórmula núm. 2:*  $\Delta = 0'325$ .

Agua. . . . .	1 litro.
Cloruro de sodio. . . . .	5 gramos.
Sulfato de sosa. . . . .	2 á 3 gramos.

*Fórmula núm. 3:*  $\Delta = 0'340$ .

Agua. . . . .	1 litro.
Cloruro de sodio. . . . .	5 gramos.
Fosfato de sosa. . . . .	3 »

*Fórmula núm. 4:*  $\Delta = 0'245$ .

Agua. . . . .	1 litro.
Cloruro de sodio. . . . .	3 gramos.
Sulfato de sosa. . . . .	5 »

*Fórmula núm. 5:*  $\Delta = 0'435$ .

Agua. . . . .	1 litro.
Cloruro de sodio. . . . .	5 gramos.
Sulfato de sosa. . . . .	10 »

Muchos siglos hace que la Naturaleza nos proporciona con las aguas minerales soluciones de esta clase, y yo lamento que los médicos de aguas no hayan hecho un estudio formal de los efectos gástricos producidos por las diferentes aguas minerales que ellos emplean para las curas internas.

Comúnmente, en Medicina se emplean las substancias salinas en sellos, en papeletas, y se abusa considerablemente de estos polvos, así como también de las soluciones, cuyos efectos varían mucho según el modo de emplearlas. Yo he sometido su uso á reglas fijas, cuyas reglas se parecen mucho á las que se siguen en los balnearios de aguas minero-medicinales; así constituyo verdaderas curas de aguas salinas.

Estas reglas son en número de cuatro, todas ellas importantes:

- 1.<sup>a</sup> Las soluciones deben tener una composición fija; deben presentar una concentración molecular determinada y una temperatura también bien determinada y fija.
- 2.<sup>a</sup> Las soluciones deben tomarse por la mañana en ayunas. Su efecto debe desarrollarse en un estómago vacío, ó cuando menos libre de residuos alimenticios.
- 3.<sup>a</sup> Las soluciones deben prescribirse á dosis bien calculadas y precisas.
- 4.<sup>a</sup> La duración de la cura debe limitarse estrictamente, y no prolongada al azar.

Estudiemos en detalle estas diversas soluciones. Puede reunírselas en dos grandes grupos: el primero, que comprende las fórmulas números 1, 2 y 3, encierra las soluciones que obran particularmente sobre la digestión gástrica; el segundo, con las soluciones 4 y 5, posee una acción más acentuada sobre la digestión intestinal.

En el primer grupo, la fórmula número 1, es la que tiene mayor importancia.

Es, en cierto modo, una especie de agua de Carlsbad simplificada, cuyo modo de administración está calcado en la cura misma de Carlsbad. La solución se toma por la mañana, en ayunas, en tres veces, con veinte minutos de intervalos entre ellas, calentada á 40°, y á dosis progresivamente crecientes, de 50 en 50 gramos cada día, desde 250 á 500 gramos. Se prolongará la cura hasta los 25 días; se puede también sin grandes inconvenientes prolongar su uso durante 30 ó 35 días. Esto es necesario raras veces, y puede ser perjudicial para el enfermo, pues el período útil aprovechable de la cura puede ir seguido de otro período en el que la solución produzca la fatiga.

Las indicaciones de esta solución pueden reunirse sucintamente en una frase: es á propósito en el tratamiento del tipo gástrico llamado *hiperpepsia*. Este tipo es frecuente y particularmente difícil de modificar. Los efectos son buenos generalmente con esta preciosa solución, excepto cuando la hiperpepsia va ligada á un estado neuropático predominante.

Los efectos que produce son numerosos: aumenta el apetito; las molestias y los dolores que durante la digestión acusa el enfermo, desaparecen; el estado general es mejor, la fatiga se atenúa, desaparece el mal humor, y el paciente engorda. Estudiando la evolución digestiva, queda uno sorprendido al ver que la mejoría en los síntomas clínicos se obtiene sin que contemporáneamente desaparezca ó cuando menos disminuya la hiperpepsia. La cura, por el contrario, produce un fenómeno muy importante, puesto de relieve en el estudio de la evolución gástrica: la abreviación á menudo muy notable de la duración de la evacuación estomacal.

También esta cura está particularmente indicada en los hiperpépticos con evacuación estomacal lenta, que son precisamente los que tienen mayores sufrimientos. La solución número 1, es, pues, la medicación por excelencia de los casos de este género, y los buenos efectos persisten mucho tiempo, si el enfermo vigila cuidadosamente su régimen alimenticio y sus hábitos higiénicos. Así, yo he renunciado completamente al bicarbonato de sosa, que dado de cierto modo, facilita las digestiones y calma el dolor. Antes, yo daba de 18 á 30 gramos de bicarbonato, en tres veces, hora y media ó dos horas después de las comidas, pero he abandonado por completo esta práctica por las dos razones siguientes: los efectos del bicarbonato de sosa son menos persistentes que los de la solución de Carlsbad; y además, cuando se prescribe este medicamento, casi siempre nace en el espíritu de los enfermos la necesidad de tomarle continuamente. Así como el empleo prolongado de la morfina conduce al morfínismo, el uso repetido del bicarbonato desarrolla una verdadera alcalinofagia.

Hay casos en que semejante cura está contraindicada. Puede emplearse entonces con cierto éxito una cura menos fuerte, mediante el uso del agua de Vichy sulfatada. Yo hago tomar por la mañana en una vez y á veces en dos, 200 gramos de agua de Vichy á 40°, y adicionada de 4 ó 5 gramos de sulfato de sosa. La cura se prolonga durante 25 días. Puede sustituir á la cura por la solución número 1, pero los efectos que se obtienen son menos notables y menos duraderos. La cura con agua de Vichy pura, tomada igualmente á 40°, en una ó dos veces, á la dosis de 200 á 250 gramos, es todavía menos activa que las anteriores.

Estas dos últimas curas, merecen sin embargo conservarse, en razón á las contraindicaciones de la cura de Carlsbad. Está contraindicada; en los casos de tuberculosis, especialmente en los enfermos debilitados, que lo podrían ser todavía más á consecuencia de tal medicación; en los cardíacos, cuando las afecciones orificiales están mal compensadas.

Otra contraindicación se refiere al cáncer de estómago. Muchos enfermos afectos de cáncer gástrico, mandados á Carlsbad ó á Vichy, vuelven de aquellos balnearios en un estado lamentable.

Finalmente, estas curas están contraindicadas en la hipopepsia intensa. De todos modos, debe reconocerse que las precedentes soluciones, y hasta la solución número 1 (que imita al agua de Carlsbad), son infinitamente menos perjudiciales que las aguas minerales naturales empleadas en las estaciones balnearias.

¿Cuál es el mecanismo de acción de la solución Carlsbadiana? A falta de datos rigurosos acerca de esta cuestión, yo os presentaré algunos puntos de vista fundados á la vez en la clínica y en experimentos fisiológicos.

Los médicos de Carlsbad, apoyándose en observaciones clínicas, han hecho constar que el agua de este manantial abrevia la digestión, y de ello deducen que determina una acción excitante de la motilidad. Esta conclusión, sin embargo, está lejos de la realidad, porque hay que tener presente que la duración de la digestión no sólo depende de la motilidad gástrica, sino también de otros factores. Después de los trabajos de Winter sobre la concentración, yo he examinado diversos casos clínicos bajo el punto de vista de las modificaciones que la cura puede producir sobre la marcha de este importante y nuevo factor. Los resultados son muy variables en los hiperpépticos y me parece difícil poder deducir conclusiones que aclaren los efectos de la cura salina. He aquí lo que ocurre en los casos más comunes.

Normalmente, la concentración media á los 60 minutos después de la comida de prueba es de 0,0600; ahora, si se hace una estadística en una serie de hiperpépticos, se ve que la concentración media es de 0,0500 próximamente. La dilución del contenido gástrico marcha pues rápidamente, y á los 60 minutos se encuentra que es sensiblemente mayor en los hiperpépticos que en los individuos normales. Este hecho, puede tal vez deberse á la abundancia de la secreción. Pero además, cuando el líquido gástrico es muy ácido, cual ocurre en la hiperpepsia, la amilolisis se detiene ó se atenúa, lo que determina una disminución de la concentración por haber menos materiales hidrocarbonados solubilizados.

En muchos hiperpépticos, á pesar de este rápido decrecimiento de la concentración, el estómago se vacía más lentamente que en el término medio de los casos. Esto puede ser debido, tal vez, á la debilitación de la motilidad; pero frecuentemente ésta debe permanecer inalterada. En efecto; en las investigaciones histológicas que M. Lyon y yo hemos realizado sobre la capa muscular del estómago, hemos visto que el espesor de los diferentes estratos del estómago marcha á la par. En la hiperpepsia, estos estratos son de mucho espesor, al paso que en la hipopepsia son delgados. Es preciso, por tanto, incriminar el fenómeno á otro mecanismo, cuando menos en la mayoría de los casos. En realidad, la evacuación gástrica depende del píloro, y los experimentos de la moderna Fisiología nos proporcionan datos muy importantes. Sabido es que cuando el contenido estomacal es muy ácido, el píloro se cierra. Por otro lado, los trabajos de Paulow y de sus discípulos, los de Henriquez y Hallion sobre ciertas condiciones de las secreciones pancreática y biliar, nos han dado á conocer ciertos hechos bastante precisos para que se pueda suponer del modo siguiente, lo que debe ocurrir en el duodeno en caso de hiperpepsia.

Un estómago hiperpéptico, con secreción abundante, muy ácida, se contrae: al duodeno llega una oleada de líquido ácido, y por reflejo el píloro se cierra; este reflejo es indu-

dablemente tanto más acentuado cuanto más irritado ha sido el duodeno (1). Es preciso que este jugo ácido sea neutralizado por las secreciones pancreática y biliar, para que se abra el píloro. De este modo se establece una verdadera lucha entre el intestino y el estómago. A pesar de la fuerte dilución del contenido gástrico, la evacuación se realiza penosamente, porque el intestino rechaza, le repugna, por decirlo así, el líquido ácido contenido en el estómago. ¿Qué ocurre durante la cura salina? Hay aumento de la receptividad del intestino; hay tolerancia mayor por parte del duodeno. Esta mayor tolerancia, puede ser debida, bien á una disminución de la secreción, bien á un aumento del poder neutralizante de las secreciones de las glándulas anejas, ora á ambos factores reunidos.

Estos intervienen diferentemente según los casos, y muy probablemente el último es el predominante. Sabemos desde hace mucho tiempo que las aguas de Carlsbad y de Vichy son muy apropiadas para el tratamiento de las afecciones del hígado y del páncreas. Es, pues, muy lógico suponer que los favorables efectos que con ellas se obtienen en los hiperpépticos es el resultado de una neutralización del quimo por las secreciones biliar y pancreática.

La cura salina obraría, pues, especialmente sobre las glándulas anejas y abreviaría la digestión aumentando la receptividad del duodeno; de modo que la hiperpepsia mejora clínicamente y cura, á pesar de la persistencia comprobada por el análisis de una secreción hiperpéptica é hiperclorhídrica.

\*  
\*  
\*

Me he extendido demasiado hablando de la solución número 1. Seré más breve ocupándome de las restantes.

La solución número 2 se da por la mañana en ayunas á la dosis de 200 á 250 gramos en una ó dos veces, con intervalo de veinte minutos. La cura dura de 4 á 6 semanas. Los efectos gástricos son moderados: es, pues, por tal motivo una especie, una solución de descanso, buena especialmente para los hipopépticos algo estreñidos. Bajo su influencia, particularmente en los enfermos que han sido muy medicados, se ve por el análisis, que reaparece la verdadera fórmula química, por ejemplo un tipo hiperpéptico acentuado y enmascarado hasta entonces por una engañosa hipopepsia.

La solución número 3 difiere de la precedente por la sustitución por fosfato de sosa, del sulfato de sosa. Los efectos gástricos son análogos, y es también algo laxante. Es una medicación útil sobre todo en los individuos fatigados, cuya nutrición es deficiente.

Las dos últimas soluciones ejercen una acción predominante sobre el intestino. La fórmula número 4 es rica, particularmente, en sulfato de sosa, y conviene á los hiperpépticos con débil secreción, y sobre todo si son estreñidos. Yo doy de ella 300 á 400 gramos, y obtengo buenos resultados hasta en las enteritis glerosas y muco-membranosas. Cuando la función hepática está amortiguada, con heces poco coloreadas, doy esta solución á 40°, lo cual aumenta sus efectos sobre las glándulas anejas.

La fórmula número 5, cuyo punto cryoscópico es superior al de la sangre (0'36), es teóricamente y prácticamente la única verdaderamente laxante. Es la que yo he empleado en el cólera para practicar las inyecciones intravenosas. La cura con esta solución es muy

---

(1) Esto es muy verosímil, porque en estos casos yo he comprobado siempre la existencia de duodenitis.

corta, porque produce abundantes evacuaciones albinas que pronto fatigan al enfermo. La dosis diaria es de 200 á 250 gramos.

\*  
\* \*

Tal es la medicación dialítica, que me da resultados satisfactorios desde hace 20 años, y que seguramente los proporcionará también á todo clínico que sepa emplearla racional y discretamente.



## Sesiones Científicas del Instituto Médico

### Conferencia del Dr. Fernando Rodríguez

Catedrático de la Facultad de Medicina

Se verificó el día 19 de Mayo, previo un discurso de presentación del Dr. Candela, presidente del Instituto.

El conferenciante dió las gracias al Dr. Candela y á la clase médica de Valencia por la cariñosa acogida que le dispensaba acudiendo gran número de representantes; tributó un recuerdo á su Universidad de Salamanca, donde realizó sus estudios y comenzaron sus trabajos docentes, y entró de lleno en el desarrollo del tema: *El régimen declorurado en las nefritis*.

Señaló el interés práctico del asunto elegido, la tendencia de la terapéutica á desterrar las medicaciones sintomáticas, buscando en la fisiología patológica de los procesos morbosos y en el auxilio de los descubrimientos de las ciencias físico-químicas, orientación para indicaciones patogénicas.

La doctrina de Korany sobre los cambios moleculares, constituye la base de casi todos los adelantos referentes á la fisiología patológica del riñón.

La teoría de la secreción en los glomérulos de agua cargada de cloruro sódico, mientras en el sistema de los tubos flexuosos se realiza un cambio osmótico entre las moléculas de cloruro sódico y las moléculas de las materias extractivas de la sangre, dió origen al método crioscópico de Claude y Balthazard, y mediante éste, perfeccionado y modificado por Claude y Mauté, se realizó el estudio de la cloruria alimenticia experimental, encaminada á determinar la capacidad del riñón para eliminar cloruros.

El cateterismo ureteral, que permite juzgar del estado de cada riñón, y la eliminación del azul de metileno para averiguar la permeabilidad renal, así como la albuminuria experimental por inyecciones de ovo-albúmina buscada en las insuficiencias renales leves por Castaigne, indican el camino realizado y nos dan medios para el diagnóstico precoz de las lesiones renales que estamos en el deber de utilizar en clínica.

La clasificación de las nefritis en *hidropígenas* y *uremígenas*, consecuencia de las

investigaciones de Achard y Widal, tiene ventajas que el conferenciante señala sobre la antigua clasificación anatómica.

La crítica de la antigua clasificación, de la evolución histórica del concepto de nefritis y de su terapéutica á veces beneficiosa, á veces intolerable y perjudicial para los enfermos cuando era sistemático el uso de la leche, revulsión, ioduros, sudoríficos, diuréticos, purgantes, etc., fué realizada de mano maestra por el Dr. Rodríguez.

Así como la exageración en la aplicación del régimen declorurado á partir del descubrimiento de los citados Achard y Widal, originando los fracasos en individuos para quienes no estaba indicado. Para evitarlo, trata de fijar los fundamentos del régimen declorurado.

Son éstos, la necesidad de eliminar en 24 horas el exceso que constituyen para el organismo humano los 17 gramos de sal que ingiere el hombre (término medio en Europa), á título de condimento, ya que la *ración salina de sostén* que llevan los alimentos es de unos 2  $\frac{1}{2}$  gramos.

El equilibrio se mantiene con el riñón sano. Si está enfermo, hay retención, acúmulo en la sangre y paso á los tejidos del cloruro de sodio.

La pequeñez de las moléculas de cloruro sódico favorece su difusibilidad y explica que la sangre conserva su proporción normal de cloruro sódico, cuando á ejemplo de Achard y Loeper se ligan los uréteres y se practica inyección intravenosa de solución salina.

El cloruro sódico acumulado en la plasma intersticial, atrae el agua de la sangre en virtud de la mayor concentración molecular y según las leyes de isotonía: la comprobación de estos hechos por experimentos de química biológica, es aducida por el conferenciante y corroborada con hechos clínicos de su propia experiencia.

Cita trabajos experimentales en enfermos, de Widal, Javal, Lemierre y otros; en animales, de Lombardi, de Hallion y Carrión, demostrativos de que en lesiones de riñón con retención de cloruros, el aumento en la ingestión de éstos, provoca edemas, y sus consecuencias, la disminución ó el correlativo aumento de eliminación, procuran alivio.

De ahí la necesidad de fijar la indicación del régimen declorurado que no alivia más que un síndrome, el que deriva del edema, pero cuyo síndrome puede ser mortal.

Para fijar las indicaciones, conviene separar las nefritis en tres grupos: uno, con retención de cloruros, subsistiendo la eliminación de urea y productos del metabolismo de los albuminoides (*nefritis hidropígenas*).

Otro, con eliminación insuficiente de urea y demás productos azoados, sin transtorno ostensible de eliminación de cloruro (*nefritis uremígenas* ó azoémicas).

Y un tercero, formas mixtas en cuanto á eliminación, pues está entorpecida á la vez la de cloruro y materias azoadas.

En el primer grupo, el régimen de Widal puede dar éxitos brillantes. En el segundo, el mismo régimen puede ser desastroso, y en cambio se impone el lácteo. En el tercero, hay que atender al elemento predominante, siendo recomendable, según la experiencia del orador, suprimir del régimen de Widal los huevos y las carnes y añadiendo á la leche sustancias vegetales sin sal.

Los medios diagnósticos ocuparon una buena parte del tiempo invertido por el orador en su conferencia.

Indicó la importancia de la crioscopia, de la dosificación de los cloruros y de la urea eliminados, la importancia de averiguar la proporción de urea en el suero de la sangre

(normal en las nefritis hidropígenas, pudiendo llegar á uno y hasta 4 ó 5 gramos en casos de nefritis uremígenas).

Mencionó los signos clínicos de ambos grupos, signos tan importantes en medicina rural, por ejemplo, donde puede no haber facilidades para el análisis, la necesidad del tanteo terapéutico en algún caso, si bien esforzándose el médico en fijar lo que el conferenciante llama fórmula de decloruración individual.

Marca la ventaja de la balanza, que advertirá del aumento de los edemas y de la retención clorurada.

Menciona los casos en que el método fracasa, sin duda porque en algunos sujetos la retención de urea por sí puede ocasionar los edemas (Achard y Paiseau).

Las contraindicaciones y los medios auxiliares del régimen declorurado fueron examinados, recomendando el orador huir de todo exclusivismo, concediendo á cada medicación y á cada enfermo la debida atención.

El orador fué muy felicitado y aplaudido.

Conferencia del Dr. Rafael Pastor y González, *Catedrático de la Facultad de Medicina*

### “Sobre Parálisis de Landry“

Sesión del día 9 de Noviembre 1911.

La inauguración de las tareas científicas en el presente curso ha correspondido al Dr. Rafael Pastor González, constituyendo su conferencia una solemnidad, dado lo numeroso y distinguido del público que acudió y la brillantez de la oración del catedrático de Patología médica, conocidísimo por todos.

Comenzó la exposición de su trabajo justificando su intervención á instancias del Presidente Dr. Candela y las interesantes particularidades del caso clínico que iba á constituir el fondo de la conferencia, y cuya pertenencia era del Dr. Ramón Sebastián, por quien fué llamado en consulta para resolver las dificultades que en los casos tan particulares como éste se ofrecen en la práctica profesional.

La Medicina, como ciencia de observación, está en continuo período de constitución, y á ninguna de sus ramas puede aplicarse este principio con tanta propiedad como á la Neuropatología. Ello obedece á la supeditación de nuestra ciencia á la afirmación del sabio y creador de la Fisiología experimental, el gran Claudio Bernard. «La Patología es la fisiología del hombre enfermo, y toda noción patológica que no se fundamente en conocimientos ciertos de Anatomía y de Fisiología, carecerá de consistencia.»

Procurando adaptar á este principio la Medicina, el Dr. Pastor hace una excursión histórica y crítica de las doctrinas médicas en los distintos capítulos de la Patología, para al llegar al de la patología del sistema nervioso afirmar algunos interesantes conceptos, de entre los cuales recordamos los siguientes: Reconociendo el gigantesco paso realizado por la Neurología desde mitad del pasado siglo, es pretensión vana que sólo la ignorancia de los hechos justifica, creer que los jalones plantados en el campo de la anatomía y fisiología del sistema nervioso, sean cimientos inmovibles de edificio imperecedero de Neuropatología. Las concepciones histológicas de las redes de Golgi y de Gerlach, cedieron su puesto á la neurona de Waldeyer, completada por Cajal con su teoría de las conexiones

y de la polarización dinámica. Los estudios acerca de la degeneración distal de Waller, se completaron con los referentes al proceso degenerativo retrógrado de Van Gehuchten. Lo que se tuvo como axiomático ha ido dejando de serlo para muchos, quienes, siguiendo las inspiraciones de Durante, Bethe y Apathy, negaron la existencia de la célula nerviosa y de la continuidad de la neurona.

No ha sido menor la movilidad de creencias con respecto á las funciones de los centros nerviosos, localizaciones cerebrales, sistemas medulares, vías especializadas de conducción sensitiva. Si antes se creyó en la existencia de zonas tolerantes sin especialización de funciones y otras especialidades alrededor de la gran cisura de Rolando, distinguiendo centros motores y centros sensitivos para los distintos miembros, con diferenciación fascicular topográfica á nivel de la cápsula interna, según procedencia cortical; estudios posteriores han modificado estos conceptos y con Djerine y Bechterew, se cree que la sensibilidad y motilidad andan entrelazadas en las mismas topografías. Hasta el concepto de las distintas formas de sensibilidad es en breve tiempo cambiado, y á la teoría de la especialización de sistemas distintos de sensibilidad con sus vías precisas de conducción, receptores terminales, centros, etc., sucede la teoría de la esencialidad psíquica como base de las diferenciaciones sensitivas, etc., etc., etc.

La falta de fijeza de las nociones anatomo-fisiológicas trasciende en tal modo á la Patología, que ni siquiera base científica existe para clasificar las afecciones nerviosas por desconocimiento hasta de algunos de los elementos morbosos, como múltiples ejemplos existen en la etiología de las afecciones nerviosas que demuestran tal aserto. Necesariamente, tales desorientaciones han de repercutir en el capítulo de la Terapéutica, y así vemos la discrepancia en la elección y aplicación de los tratamientos, según autores y día en que se les consulta.

Aplicando estas nociones generales y sintéticas al caso especial del síndrome llamado «Parálisis ascendente aguda de Landry», quedan demostradas las afirmaciones antes sentadas con sólo citar las opiniones que sobre esta afección han vertido Romoroni, de la Universidad de Parma; de Fleury, de P. Marie, de Allbutt, de Von Mering, de Bailey, Ewing, Marinesco, Pellegrino-Levi, Kussmaul, Westphal, etc., etc. De ello resulta una *casi* conformidad en el concepto clínico, y discrepancias en lo que á localización y aun existencia de lesiones se refiere, pero resaltando evidente confusión, máxime, al hablar de las causas en que al lado de afirmaciones como las que sientan que la sífilis puede ser origen de un síndrome de Landry, aparecen las que niegan sistemáticamente esta etiología en este capítulo de la Neuropatología, siendo esta opinión la que predomina. En una cosa coinciden los autores, y es en el pronóstico fatal y en la ineficacia de los remedios.

Considerando á la Clínica única fuente de utilidad práctica en la consulta de dudas en el campo de la Patología en tales mencionadas circunstancias, el caso que el Dr. Pastor expone en la historia clínica, y que vamos á copiar íntegra para conocimiento de nuestros lectores, tiende á demostrar la posibilidad de que la sífilis puede determinar el síndrome de Landry y que no hay que entregarse á la desesperación desconfiando de la eficacia de una terapéutica oportuna en casos como el presente.

## HISTORIA CLÍNICA

«N. N., 35 años, varón, casado, carnicero de oficio, temperamento linfo-nervioso y constitución regular; no hay antecedentes hereditarios. Padeció una viruela discreta y una pulmonía hace más de 16 años; de ninguna de ambas enfermedades quedaron huellas. Hace 12 años se le presenta una úlcera en el surco balano-prepucial y bubón en el lado correspondiente, curando sin asistencia facultativa por aplicación de remedios que le aconsejaron. Desde entonces al padecimiento que motiva esta historia, salud perfecta.

El día 20 ó 22 del pasado Marzo, asiste á una corrida de toros en Castellón de la Plana; regresa en el imperial de un vagón, donde queda dormido, y al despertar á su llegada á Valencia se encuentra «casi helado», frase textual. Accediendo á las instancias de sus amigos, da alegre término al día comiendo y bebiendo copiosamente en un restaurant. Desde la siguiente mañana hasta el 7 de Abril, en que solicita el auxilio del Dr. Sebastián, no experimenta otra molestia que una ligera cefalalgia, sin que se interrumpieran por ella sus ordinarias ocupaciones. Pero en dicho día, únese al anterior síntoma una extrema debilidad en los miembros inferiores, motivo de su alarma y de recurrir al auxilio facultativo. He aquí el sucinto pero completo, metódico y claro relato que el Dr. Sebastián me hizo de los hechos cuando me distinguió con la honra de su confianza, y que le llevó á formular un diagnóstico que bastara á cimentar su reputación de experto clínico si de antiguo ya no lo estuviera.

Quebrantamiento general, debilidad en las piernas con prurito intenso en las mismas y en el resto de la piel, rubicundez en el istmo de las fauces y sequedad de nariz. La temperatura, sólo algunas décimas por encima de la normal.

En el transcurso de ocho días la paresia se acentúa, convirtiéndose en parálisis que, comenzando en los dedos de los pies, asciende rápidamente, invade todos los músculos de las extremidades abdominales, los de las paredes del vientre y los de los miembros torácicos; la impotencia funcional es absoluta, los reflejos superficiales y profundos están abolidos, existe incontinencia temporal de la orina. Los trastornos sensitivos se presentan bajo la forma de parestesias y de dolores fulgurantes, y la presión en el trayecto de los nervios y de las masas musculares despierta insoportable dolor. Continuando su marcha invasora la parálisis motriz, no respeta los músculos de inervación mesocefálica, que se exterioriza por disnea intensa con respiración á expensas de los músculos extrínsecos que intervienen en la ampliación torácica; tos débil con expectoración difícil, palabra monótona, voz ronca, deglución tan difícil que en ocasiones resulta imposible, ya refluyendo los líquidos por la nariz, ya provocando accesos de espasmo glótico, estrabismo bilateral divergente. El corazón latía 130 veces por minuto, siendo débiles é irregulares sus contracciones. Por auscultación del tórax se apreciaban extensas zonas de estertores húmedos de todos tamaños. Como trastornos de inervación vaso-motriz, pueden considerarse las manchas eritematosas fugaces, que se presentaron en varias partes de la cubierta cutánea, con especialidad una, que, ocupando la región sacra, hizo temer fuera el comienzo de un proceso gangrenoso. No se practicó análisis de orina, ni hubo ocasión de reconocer la excitabilidad eléctrica, ni la reacción electro-muscular.

El día 19 se practica prueba de Wassermann; el 21, *inyección* endovenosa de salvarsán.

Fiebre moderada durante todo el curso, de tipo irregular.  
Terapéutica, la clásica, diaforéticos, salicilato de quinina, ergotina.»

Después de dar cuenta á la Asamblea de esta historia clínica, el Dr. Pastor manifiesta que el enfermo en cuestión, está completamente curado; que la mejoría, no interrumpida, comenzó á las 36 horas de practicada la inyección endovenosa de 0'60 gr. de salvarsán, y que, aunque muy modesto este cimientto de doctrina respecto al síndrome de Landry, el ladrillo es de consistencia suficiente para poder resistir el edificio que sobre él puede construirse.

Al terminar fué aplaudidísimo y muy felicitado.

## Conferencia del Dr. J. M. Claver sobre Tratamiento de la Parálisis infantil

Sesión del día 23 Noviembre 1911.

El conferenciante, ilustrado especialista en enfermedades nerviosas, comenzó saludando á la clase médica valenciana y agradeciendo al público de esta capital el cariño con que le había acogido desde los primeros momentos de su llegada, al venir á ocupar el cargo que como médico desempeña en nuestro Manicomio Provincial.

Pasa á ocuparse del asunto de su conferencia, haciendo un detenido estudio de la anatomía patológica, etiología y fisiología patológica de la parálisis infantil, apoyándose en los más recientes estudios de anatomía del sistema nervioso, y en los trabajos experimentales que se están realizando sobre la contagiosidad y transmisibilidad de la poliomielititis anterior.

Al tratar del pronóstico de esta afección, se muestra disconforme con los que la reputan como incurable, citando en apoyo de su punto de vista clínico, varias observaciones personales, que vienen á evidenciar que la parálisis infantil, conveniente y oportunamente tratada, puede ser y en sus manos ha sido curable.

Para conseguir estos resultados satisfactorios, aconseja se prescinda en absoluto, al emplear la electroterapia, de los aparatos portátiles que suelen emplearse por la mayor parte de los médicos, pues estos aparatos, por ser imperfectos, no llegan á excitar las masas musculares, y los fenómenos degenerativos se presentan, á pesar del tratamiento. Como modelo de aparato electroterápico que reúne inmejorables condiciones, según el conferenciante, presenta uno, construido según las indicaciones proporcionadas por él mismo á la casa constructora.

Finalmente, el conferenciante, hace votos para que dentro de poco, dada la indiscutible naturaleza infecto-contagiosa de la parálisis infantil, evidenciada por los positivos resultados obtenidos en la transmisión experimental á los animales del virus productor de la poliomielititis, se consiga obtener una vacuna ó un suero curativos de esta dolencia.

Nutridas salvas de aplausos de la numerosa concurrencia al acto, premiaron la interesante conferencia del Dr. J. M. Claver.

## Conferencia del Dr. Antonio Oliete sobre la luxación congénita de la cadera

(Encargado de la cátedra extraordinaria de Ortopedia en la F. de M.)

Sesión del día 10 de Diciembre 1911.

La divulgación de los conocimientos relativos á esta deformidad y muy principalmente del conjunto sintomático que la caracteriza en sus diversos estadios, desde la cátedra extraordinaria de Ortopedia creada por el claustro de esta Facultad de Medicina, ha dado como fruto el aumento de casos que acuden á las clínicas oficial y privada de Ortopedia, bien diagnosticados y avenidos los parientes de los pacientes con la idea de un tratamiento que en pasados tiempos á duras penas aceptaban.

Este éxito decide al conferenciante á insistir en la labor de divulgación emprendida, seguro de obtenerlos mayores al dirigirse á un público médico de superior cultura.

Estudia las características anatomo-patológicas de la articulación luxada en diversas edades, haciendo resaltar la enorme distancia que separa una articulación infantil de otra adulta, demostrando con radiogramas la similitud de condiciones anatómicas de fémur y cavidad catiloidea luxadas, con las normales en los primeros años de la vida, afirmando que se consideran como raros los casos en que la luxación precede al nacimiento, siendo lo común que sean posteriores al nacimiento y muy posible que no se produzcan hasta que el niño intenta los primeros esfuerzos de sustentación sobre los miembros pélvicos. La idea de que se trata de un vicio de formación primitivo va perdiendo adeptos, enfrente de la teoría puramente mecánica. A la deficiente disposición del germen podrá dársele valor solamente invocándola para explicar mayor aptitud de la articulación y dejarse influir por una causa mecánica.

Detalla cuidadosamente la sintomatología de la luxación uni y bilateral y expone el método de exploración, reconociendo el máximo valor á la radiografía.

Se ocupa del tratamiento incruento, rechazando el sintomatismo de Calot y Narhot, no sólo en la técnica de la reducción, sino en el plazo de inmovilidad que hace seguir á la reducción y á la actitud en que debe mantenerse el miembro luego de operarlo. Acepta la técnica de la escuela italiana y el eclecticismo con que procede Codivilla y Galleazzi eligiendo las actitudes según las necesidades que se denuncian caso por caso en el momento de la reducción.

También se resiste á aceptar los límites máximo y mínimo de edad que ordinariamente se acepta para practicar la reducción incruenta; el mínimo, porque si la reducción es fácil, la reluxación lo es también, á menos de prolongar con exceso la inmovilidad en perjuicio del estado general y local del paciente; y el máximo, porque son muchos los casos mayores de 7 años y menores de 9 que permiten una fácil reducción.

La edad propicia la estima como regla general entre los 3 y los 4 años.

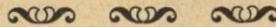
Afirma que la operación no es tan inofensiva como Calot en su libro de divulgación ortopédica pregona. Los enfermos sienten extraordinariamente los efectos de la violencia de la reducción y tanto más cuanto más jóvenes son. En la literatura de la especialidad encuéntrase varios casos de muerte por síncope dolorosos, consecutivos á operaciones plásticas incruentas, ocupando el primer lugar del contingente la luxación de la cadera.

El conferenciante administra varios días antes pociones bromuradas, que sigue usando

después de operarlos, hasta que se extingue el período de singular excitación que sigue á la reducción. En algún caso usó de la morfina en cantidades refractas.

Aplazó para otra conferencia la crítica de los métodos de reducción cruenta. Ha ilustrado la conferencia con proyecciones radiográficas numerosas.

Con grandes aplausos premia la concurrencia la labor del Dr. Oliete.



## REVISTA DE REVISTAS

### OBSTETRICIA

#### **Sobre el tratamiento de la fiebre puerperal por el sublimado.**—P. HUSSY. (*Ginäkologische Rundschau.*)

Las inyecciones intravenosas de sublimado fueron empleadas la primera vez en la fiebre puerperal por Kermowski. Pero fué Jandny quien en el Congreso Internacional de Budapest, en 1906, mostró los resultados favorables por él obtenidos. Estudió 16 casos, en los que en casi todos ellos hizo exámenes bacteriológicos de la sangre durante la enfermedad. Como técnica, emplea una solución de sublimado al 5 por 1.000, variando la cantidad inyectada de 2 á 5 mm. por día. Las inyecciones se dieron todos los días ó cada dos ó tres, hasta la curación completa.

Bajo el punto de vista clínico, se comprobó después de la inyección de sublimado una rápida mejoría del estado general: la cefalea, los vómitos, la disnea, desaparecieron, disminuyendo de intensidad los escalofríos y bajando la temperatura. Por el examen bacteriológico, se vió que los gérmenes patógenos no desaparecían en la sangre después de las primeras inyecciones, suponiendo el autor, con Barsony, que la inyección de sublimado no obra matando los gérmenes, sino disminuyendo su virulencia. Así es, que no deben cesar las inyecciones después de obtener alguna mejoría para no exponerse á una exaltación en la virulencia de los microbios que queden en la sangre, y consiguiente reaparición de los accidentes; deben pues continuarse hasta la

completa desaparición de los gérmenes en la sangre.

Parece gozan de gran eficacia en las infecciones sanguíneas puras, pero las aconseja también el autor en las localizadas graves, más que como medio curativo para evitar una posible generalización. Son por el contrario completamente ineficaces en las infecciones por vía linfática: peritonitis, pelvicolulitis. Como accidentes, no se han observado más que crisis de diarrea sanguinolenta con tenesmo rectal y una ligera albuminuria. La aparición de la diarrea debe hacer cesar inmediatamente las inyecciones.

#### **Estudios experimentales sobre las toxinas syneytiales de los animales de la misma especie y sobre el diagnóstico del embarazo por la epiphantina-reacción.**—E. MOSBACHER. (*Deutsche medicinische Wochenschrift.*)

En las investigaciones de la toxicidad de la placenta se han empleado siempre placentas humanas que servían de antígenos para inocular cobayos ó conejos. El autor se sirve para inocular cobayos de placentas procedentes de cobayos. Estas placentas fueron extraídas asépticamente de cobayos en cinta por la paratomía é histerectomía. Los animales operados fueron resuturados y, una vez curados, reservados para las experiencias. Una primera serie de experiencias demostró que las placentas de cobayo, como la humana, producen síntomas de anafilaxia activa en los cobayos sensibilizados y que las albúminas syneytiales juegan el papel de antígeno.

En una segunda serie de experiencias, se hizo una inyección placentaria simultáneamente á tres cobayos hembras: una encinta, otra normal y otra histerectomizada. Las no paridas, no ofrecieron modificación alguna. Las histerectomizadas, presentaron fenómenos de anafilaxia grave que las acarrearón la muerte. Las embarazadas, al principio del embarazo, se comportaron como animales ya sensibilizados, con síntomas de anafilaxia normal. En las más avanzadas en su embarazo, los síntomas de anafilaxia disminuían de intensidad, y las de término, ya no sucumbían. La sensibilidad de los animales parece, pues, disminuir á medida que avanza el embarazo.

El autor ha comprobado también que el suero de los animales grávidos cerca del término, disminuye la toxicidad de las toxinas syneptiales.

Por medio de la «epiphantina-reacción», se puede poner en evidencia este proceso antitóxico en los últimos estados del embarazo y establecer así un diagnóstico de la gestación.

### Consideraciones sobre la oftalmia purulenta de los recién nacidos.—R. HOFTALTER. (*Cynäkologische Rundschau*.)

El autor refiere los resultados obtenidos con el sophol, que es un compuesto de sal de plata y aldehído fórmico, mucho menos irritante que el protargol y que el nitrato de plata, presentando una estadística de 2.000 niños tratados profilácticamente, instilando una ó dos gotas de una solución fresca de sophol al 5 %. Las instilaciones de este compuesto, combinadas á los lavados con la solución de permanganato potásico, tendrían un gran valor en el tratamiento de las conjuntivitis persistentes de los recién nacidos.

ALCOBER.

### PEDIATRÍA

### Propiedades pirogógica é hidropígica de las soluciones salinas.—HEIM y JOHN. (*Arch. fur. Kindh. Bd.*, 54, 1910.)

La *deseccación* es el efecto de una causa drástica aguda que produce en primer lugar una pérdida de agua (vómito, diarrea), y consecuti-

vamente una falta de agua en el organismo con compensatoria emisión de sales. Esto se traduce por disminución del volumen del cuerpo, por hundimiento de las fontanelas, pérdida de elasticidad de la piel, y finalmente por espesamiento de la sangre, demostrable por el método refractométrico.

El fenómeno de la  *fusión*  es debido, según los AA., á la acción de una noxa alimenticia crónica, á una absorción deficiente de las grasas, con pérdida parcial de materiales de combustión y continuo consumo del propio carbono, con pérdida de sales y consecutivamente emisión de agua por diversas vías, dando lugar á una lenta disminución de volumen sin disminución de la tensión de la piel y con índice de refracción por parte de la sangre, normal ó disminuido (descomposición).

Si á un lactante afecto de la primera forma se le suministra  $\frac{1}{2}$  ó 1 litro de solución fisiológica, se detiene pronto la pérdida de peso, y hasta se consigue un aumento. Si no se le da alimento y el índice refractométrico desciende, la fiebre desaparece, y con ella también los demás síntomas morbosos.

En la segunda forma, en cambio, las condiciones son diferentes, y no puede pensarse en la administración de una solución salina compensadora, pues puede ser causa de manifestaciones febriles y edemas. Por tanto, en las diversas formas clínicas de *deseccación* que suelen presentarse en los meses de verano (gastro-enteritis coleriforme) con síntomas graves de intoxicación y espesamiento de la sangre demostrable con el refractómetro, es en donde la administración de soluciones salinas constituye un procedimiento terapéutico que disminuye grandemente la mortalidad.

Los AA. defienden sus puntos de vista con abundantes y profundas consideraciones, especialmente relativas á las acciones pirogógica y edematogénica de las sales, y concluyen sosteniendo el principio de que es posible restituir al organismo del lactante desecado su propia agua, recurriendo no ya á la hipodermolisis, sino á las soluciones salinas por vía gástrica.

J. AGUILAR JORDÁN.

## ÍNDICE ALFABÉTICO

de los señores Colaboradores de los ANALES en 1911

- Aguilar Jordán (J.). Págs. 43, 60, 73, 91, 106, 140, 145, 157, 162, 171, 190.  
 Alcober (T.). 9, 46, 123, 189.  
 Bartrina (J.). 6, 15.  
 Bartual (J.). 30.  
 Bergeron (A.). 81.  
 Blasi (D.). 52.  
 Campos Igual (J.). 20, 28, 64, 119, 156.  
 Candela Plá (M.). 1.  
 Domínguez (V.). 77, 141, 175.  
 García Ibáñez (V.). 167.  
 Hayem, 177.  
 Julián Mira (F.). 49.  
 Llisterri Ferrer (J.). 56, 59, 126.  
 Lloret (A.). 17, 33, 65.  
 Martinet (A.). 97.  
 Mollá (R.). 3.  
 Oliete (A.). 23, 26, 75, 160.  
 Peset Aleixandre (J.). 29, 124, 129.  
 Peset Cervera (V.). 113.  
 Reig Pastor (F.). 68.  
 Trigo (A.). 7.  
 Vígano (L.). 100.  
 Vila Barberá (R.). 14, 55.

## ÍNDICE DE MATERIAS

### A

- Aborto (Histología forense del). Pág. 29.  
 Accidentes del trabajo (Estadística de). 124.  
 » » (Estado anterior en los). 125.  
 Actinomicosis primitiva del riñón. 76.  
 Adrenalina (Nota químico-clínica). 110.  
 Albúmina cristaliniana (Invest. biológ. sobre la acción específica de la). 142.  
 Alumbrado mediante focos de luz artificial (El problema del). 141.  
 Alopecia periódica (un caso raro de). 59.  
 Amigdalotomía (Indicaciones de la). Campos Igual. 119.  
 Anginas palatinas (Contribuc. al estudio del tratado operat.). 28.  
 Anafilaxia y análisis forense de la sangre. 94.  
 Anafilácticos (Estudios). 143.  
 Antituberculosa (La práctica de la inmunoterapia). 171.  
 Anticarbuncosa (Sobre la vacunación). 46.  
 Anestesia local del útero. 124.  
 Apendicitis (La radioterapia gástrica en el diagnóstico de la). 74.  
 Articulares (Deformidades). 160.  
 Aspiraciones (Nuestras). Candela. 1.

### B

- Bacilo de Eberth y paratífico A. Pág. 158.  
 Bleorragia (Nuevos métodos de tratado de). 60.  
 Bronco-pneumonía infantil (El electrargol en la). 43.  
 Broncoscopia superior (Caso de muerte durante la). 156.  
 Bronco-pneumonía grave en la primera infancia (Tratado de la). 141.  
 Bismuto (Toxicología del). 94.

### C

- Cálculo renal traumático. Pág. 124.  
 Catarata inicial. 143.  
 » traumática (La operac. en la). 143.  
 Ciática crónica (Tratado por la inyección de agua salada). 140.

- Cólera asiático (Estado actual del diagnóstico y sueroterapia del). 109.  
 Coléricas (Método de fijación del compl. en el examen de las heces). 109.  
 Colles (Una excepción a la ley de). 92.  
 Cólico (Reacciones generales de origen). 73.  
 Convulsiones y espasmo glótico en un niño heredo-sifilítico. Aguilar Jordán, 161.  
 Criminales (Marca para). 125.  
 Cuerpos inmunizantes de Carl. Spengler. Bergeron, 81.

### D

- Digital y fascículo de His. Martinet. Pág. 97.  
 Dispepsias y gastropatías (El dolor en las). 107.  
 Displasia ósea. 27.  
 Distocia por retención aguda de orina. 124.  
 Diáltica (La medicación). Hayem, 177.

### E

- Eczema vegetante. Pág. 126.  
 Erisipela primitiva de la laringe. 156.  
 Esencias sin terpenos (Las). Trigo, 7.

### F

- Fiebre de desequilibrio. Pág. 45.  
 » de Malta (Resultados de la sueroterapia en la). 62.  
 Fiebre tifoidea (Sueroterapia etiológica). 75.  
 Fermento proteolítico de los leucocitos y aplicaciones diagnósticas (El). 60.  
 Fiebre puerperal por el sublimado (Sobre el tratamiento de la). 189.

### G

- Gastropatías (El laboratorio en el diagnóstico de las). Julián. Pág. 49.  
 Gastropatías (La clínica y la química en las). Reig Pastor. 68.  
 Glucosa (Estudio crít. de los medios prop. para la investigación urológica de la). Memoria. Peset Aleixandre.

*Gruesos vasos del cuello* (Heridas accidentales y operatorias de los). Lloret. 17.

## H

Heridas por armas de fuego. Pág. 29.  
*Hernias traumáticas y no traumáticas* (Diagnóstico diferencial de las). Llisterri. 36.  
 Hierro (Cómo debe administrarse el). 171.  
 Hongos (Tratamiento de la intoxicación por los). 94.  
 Huellas digitales (Revelado de las). 125.

## I

Intoxicación iodada por la iodoglidina. Pág. 60.  
 Intoxicación mercurial profesional. 125.

## L

Lecitina (utilidad de la) Pág. 157.  
 Leucoplasia (Tratamiento por la chispa de resonancia de la). 126.  
*Localizaciones cerebrales*. Memoria premiada. *Marín*.  
 Leche dializada. 44.

## M

Masaje como ocupación para el ciego (El). Pág. 142.  
*Mendicidad* (La). Alcober. 9.  
 Meningitis cerebro-espinal (Diagnóstico por la suero-precip. de la). 125.  
 Mercuriales (Causas de error en la invest. de los). 94.  
 Microquímica espermática (Sales de oro en la). 29.  
 Meyer (Reacción de). 94.

## O

Opoterapia indirecta (La). Pág. 159.  
 Orquitis traumática. 124.  
 Osteoplastias. 26.  
 Otobromatoma (Tratamiento del). 64.  
*Ovulación en la infancia* (La). García Ibáñez. 167.  
 Oftalmo-reacción de Chautemesse en el diagnóstico de la tifoidea (La). 157.  
 Oftalmía purulenta de los recién nacidos (Consideraciones sobre la). 190.

## P

Paludismo congénito y hereditario. Pág. 46.  
 Paludismo (Tratamiento por el Guezol y el 606). 125.  
 Paratíficas B (Formas meníngeas de la infección por). 95.  
*Parálisis del facial* (Contribución al estudio de la). Bartrina. 6.  
 Pericarditis tuberculosa con derrame (Un caso de). 75.  
 Papilomas difusos de la laringe en el niño (Tratamiento). 64.  
 Poliomiелitis infantil (Recientes estudios espr. sobre etiología de la). 32.  
 Poliomiелitis aguda (Etiología de la). 14.  
*Piloroespasmo esencial adquirido en el niño de pecho* (El). Aguilar Jordán. 145.  
 Posición del enfermo después de la intervención en los oídos. 64.

Poliomiелitis aguda (Inmunidad y profilaxia específicas de la). 100.  
 Policía judicial (Instrucciones á la). 94.  
 Presentación de nalgas (Dificultades del descenso del pie anterior en la). 125.  
*Problema para los médicos*. Bartual. 30.

## R

*Radioterapia interna*. Peset Cervera. Pág. 113.  
 Regeneración autógena de los nervios (Un argumento en contra de la). 158.  
 Respiración nasal en los niños (La). 95.  
 Reparación ósea (Influencia de la adrenalina en la). 76.

## S

Sanguijuelas (Aplicación de las). Pág. 106.  
 Sacarina (Investigación forense de la). 129.  
 606 en Oculística. 77.  
 606 en Pediatría. 92.  
 606 ante la crítica experimental y clínica. 78.  
 606 (Estado actual del tratamiento de la sífilis por el). 127.  
 606 (Sobre las reacciones tardías del). 127.  
 Sífilis y tuberculosis oculares (Diagnóst. de la). 175.  
 Sordera unilateral (Descubrimiento de la simulación de la). 95.  
 Soluciones salinas (Propiedades pirogénica é hidropégena de las). 190.

## T

Tétanos (Tratamiento por la inyecciones de ácido fécnico). Pág. 175.  
*Tecnicismo fulanista*. Bartrina. 15.  
 Torticollis. 160.  
*Topografía médica de Rótova*. Memoria premiada. Izquierdo.  
 Toxinas syneptiales de los animales de la misma especie (Sobre las) y sobre el tratamiento del embarazo por la epiphantina-reacción). 189.  
 Trepanación craneana descompresiva (La). 76.  
 Tuberculosis (Tentativas de inmunización contra la). 62.  
 Tuberculosis quirúrgicas (Consideraciones sobre el diagnóstico de las). 5.  
 Tuberculosis vertebral. 27.  
 Tuberculosis bovina (La precipito-reacción en el diagnóstico de la). 46.  
 Tuberculosis infantil (Indicación y resultado del tratamiento tuberculín. en la). 91.  
 Tuberculoso (Acción de las albúminas sobre el organismo). 14.  
 Tuberculosis conjuntival. 142.  
 Tuberculosis de la laringe (Tratamiento por la helioterapia de la). 156.

## V

Vegetaciones venéreas (Tratamiento por la radioterapia de las). Pág. 60.  
 Veronal (Dos envenenamientos por el). 125.

## W

Wassermann en Psiquiatría (Reacción de). Pág. 30.

