

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Y LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA

Año IV.

Madrid, 15 de Marzo de 1910.

Núm. 6.

SUMARIO

Tifus exantemático, continuación (de los Anales de la Real Academia de Medicina).—
Tratamiento de la lepra por el Mangle rojo (continuación), por Sebastián Lazo García.—*Prensa Médica*: El atoxilato de mercurio en la sífilis.—El bacilo tuberculoso en las heces.—Tratamiento del eczema.—La vacunoterapia en el tratamiento del sarcoma inoperable.—Profilaxis de la sífilis por el Dr. Vincent.—*Sección oficial*.
SUPLEMENTO.—Manual legislativo de Sanidad militar.

TIFUS EXANTEMÁTICO

(CONTINUACIÓN)

Examen directo de sangre de más de 100 enfermos.—
Esta labor me sorprende. ¿Qué objeto se habrá propuesto el Dr. Mendoza al hacer este examen? ¿Combatir la idea de que el proceso sea de orden intestinal? ¿Es que alguien piensa, por el examen directo de sangre en ella al microscopio, en un germen de dicho orden? ¿Será con objeto de ver un germen especial, tipo del tifus exantemático? Esto, siendo imposible que le condujera al descubrimiento, es más verosímil que lo anterior; supondremos que ha sido esa su finalidad; y el resultado, como es natural, tenía que ser negativo.

Siembras de sangre.—Manifiestâ que ha hecho algu-

na con resultado negativo. En este punto está también conforme conmigo, porque iguales dificultades de técnica ha de haber encontrado. La toma de sangre, que ha de ser practicada de vena con esterilización previa de la piel en enfermos de San Juan de Dios, es muy difícil, porque después de lavada la región con agua jabonosa, éter, alcohol y solución antiséptica, hay que dejar la región impregnada tres ó cuatro horas con dicha solución. Como esto se practica en enfermos que no se dan cuenta de su estado, se quitan el apósito ó frotan con las sábanas y es imposible dejarlos tanto tiempo observados por un enfermero. Habiendo yo tomado sangre de más de 20 enfermos, con jeringuilla de 5 c. c. de las venas de la flexura del brazo, no he hecho siembras más que de 6 ú 8 enfermos, convencido de que habían de ser infructuosas, por faltarles la garantía de la asepsia. Diferimos el Dr. Mendoza y yo únicamente en que el Dr. Mendoza, con menos siembras, dice que no existe ningún germen en la sangre, y en que yo digo que no lo he encontrado, y que han sido defectuosos. Quizá la sangre se haya obtenido por punción.

Siembras de heces y orina.—Este es un punto importantísimo, que me obliga á molestar un poco vuestra atención. Las siembras de heces y orina hay que practicarlas, como sabéis, en medio de Drigalsky y Conradi, ú otro especial que se oponga al desarrollo de gran número de gérmenes de la flora intestinal, y sea favorable para el grupo Eberth-*coli*. Las colonias numerosísimas que se desarrollan hay que irlas sometiendo á la acción de los sueros específicos de los gérmenes del grupo y de los sueros de un enfermo tipo. Esto requiere la inmunización previa de conejos al bacilo Eberth, al paratífus *A*, al *B* y al *coli*, que no ha practicado el Dr. Mendoza. Aun con estos elementos, hallado un germen, hay que obtener para él un suero específico, inoculando otro conejo hasta su in-

munización, para utilizarlo en las investigaciones sucesivas, que son dirigidas ya á buscar un germen conocido. Juzgad, pues, del valor de esta investigación de un germen productor de la infección en heces y orina, realizado por el Dr. Mendoza, no por desconocimiento, sino porque la labor sistemática de suero-diagnóstico á gérmenes determinados á que se le obliga no le da tiempo para otra cosa, como os demostraré.

Una siembra de bazo presenta. Creo la he visto practicar, penetrando en el bazo con un alambre que lo punciona, sumergiéndolo después en el líquido de un tubo de siembra. Basta consignarlo para ser refutado.

La siembra no fué hecha por el Dr. Mendoza. Los trozos de hígado y bazo que se llevaban al Laboratorio se conducían sumergidos en alcohol. Comprenderéis que no sería para practicar siembras matando antes el germen.

Un análisis de esputo.—Dejo este punto en blanco, porque no conozco ningún trabajo en este sentido para el diagnóstico de infecciones intestinales, y, por consiguiente, no afecta á las observaciones por mí presentadas. Acaso sirva para demostrar que la causa de esta epidemia no es un germen del aire. Si es así, lo sumo á mis observaciones, en el sentido de que puede serlo un germen intestinal.

Resumiendo: los datos presentados por el Dr. Mendoza se revelan, al menos experto en la materia, por la ausencia de su personalidad tan competente.

Yo no veo en su labor más que el compromiso oficial de hacer suero-diagnósticos, referidos á tres tipos de gérmenes de su Laboratorio, y manifestarnos que ninguno de ellos es la causa de la epidemia. Esto tiene siempre el valor de la exclusión de esos procesos. En ello estamos conformes. No es fiebre tifoidea, ni paratífus *A* ni *B*, de los tipos del Dr. Mendoza.

Por lo que se refiere á trabajos de investigación, la falta de orientación es manifiesta. Si han sido practicados en orientación intestinal, no se nos expone la labor en forma que nos demuestre que se realizaba con elementos bastantes para dar el menor resultado en ese sentido, siendo superfluo el análisis de esputo. Si se siembra sangre para buscar un germen de orden intestinal, huelgan las 100 observaciones directas. Si estas observaciones directas tenían por objeto la investigación de un germen parásito de la sangre, análogo al hematozoario ó los tripanosomas, huelgan las siembras de sangre, porque estos parásitos no se cultivan. Esta falta de orientación me permite afirmar, como afirmo, que el Dr. Mendoza no ha pensado, ni con mucho, presentar observaciones que desvirtuaran los hechos por mí presentados, porque juzgados en ese sentido no resisten á la menor crítica, y, sobre todo, que como tienen puntos de partida distintos á los míos, por no tener el germen, sería suponer en el Dr. Mendoza un razonamiento análogo al que supondría el creer que nos quería demostrar que el carbonato de cal no tenía ácido carbónico, porque, sometido á la acción del agua no daba desprendimiento de dicho cuerpo gaseoso. Esto, como comprendéis, no puedo aceptarlo, no lo acepto, refiriéndose á persona tan ilustrada y competente como el doctor Mendoza.

Lo que hay es que la labor á que el Dr. Mendoza está obligado es tan extraordinaria, que no le permite hacer trabajo de investigación. Para que podáis formaros juicio, debéis fijaros en lo que representan 3.600 suero-diagnósticos, que, practicados en sesenta días próximamente, que hace se le confirió esa misión oficial, supone, dedicando media hora sólo á cada suero-diagnóstico, que es lo menos que se le puede dedicar, treinta horas de labor diaria. Esto justifica que en 1.200 enfermos infecciosos, en

que el suero-diagnóstico se realiza sistemáticamente, no haya un caso de fiebre tifoidea por ellos confirmado, ni de paratífus, que demostraría que, desde la aparición del tífus exantemático, han desaparecido de Madrid, constituyendo un caso de bacterioterapia digno de confirmar las doctrinas de Metchnikoff, de bacterioterapia intestinal.

De los trabajos presentados por el Dr. Mendoza no hay, pues, uno tan sólo que desvirtúe en lo más mínimo los míos, y, por el contrario, les dan valor por el hecho de confirmarlos indirectamente.

Como manifestaba en mi comunicación, en presencia de un proceso que por los clínicos era diagnosticado con diverso criterio, entendía que era conveniente determinar: primero, si se trataba de un proceso intestinal; y en el caso de que no lo fuera, hallaría confirmación la idea de que fuera tífus exantemático.

Impresionado, como dije antes, por la sensibilidad de los gérmenes Eberth-*coli* al suero de los enfermos, en el sentido de una aglutinación no específica, entendí que acaso un germen del mismo grupo, distinto de los utilizados y de la innumerable serie de los que cada día se van describiendo, podría ser la causa de la infección.

En este sentido procedí á practicar siembras de heces y orinas de varios enfermos, previa la inmunización de cuatro conejos ordinarios, por inyecciones intraperitoneales á los gérmenes bacilo Eberth, paratífus *A*, paratífus *B*, de Brian y Scollmuller, y *coli*, por si existía en dichas siembras, en medio de Drigalsky y Conradi, alguna colonia que fuera aglutinada por alguno de dichos sueros.

Las colonias desarrolladas eran sometidas á la acción de dichos sueros y al de los enfermos de la epidemia actual, practicando inmediatamente siembras de las colonias que se aglutinaban, consiguiendo así aislar un germen, que era aglutinado, á títulos del 1 por 1.000 por el

suero de los enfermos, y á títulos inferiores al 1 por 50 por los sueros de los conejos inmunizados, especialmente al paratífus *B*.

Para facilitar la investigación en otras siembras, procedí á inmunizar otro conejo con dicho germen, sirviéndome su suero para aislarlo de bilis, bazo y riñón.

Los suero-diagnósticos con dicho germen se han practicado en más de cuarenta enfermos, y confirmado después de presentada mi comunicación, realizándolos con observación macroscópica y microscópica en cultivos en medios líquidos y en emulsiones en agua fisiológica, observando perfectamente la diferencia del poder aglutinante según el momento del proceso, en evidente armonía con las reacciones orgánicas, pues siendo por regla general positivo el suero-diagnóstico en la primera semana á escaso título, se eleva después al 1 por 500 y 1 por 1.000 en período de declinación febril y entrada en convalecencia.

Para la práctica de los suero-diagnósticos, he extraído en veintidós enfermos 5 c. c. de sangre de las venas de la flexura del bazo, que me han permitido obtener suero en suficiente cantidad para repetirlo varias veces con cada enfermo. En el resto de los enfermos la he obtenido por punción de dedo.

En los frotis de hígado, bazo y riñón humano que conservo, se observan gran cantidad de gérmenes, cuyos caracteres morfológicos son idénticos á los aislados en siembras, dando á la preparación idéntico aspecto al obtenido en frotis de hígado y bazo de un conejillo de Indias, muerto á consecuencia de la inyección intraperitoneal del germen á la dosis de medio centímetro cúbico de cultivo líquido.

Los caracteres del germen son:

Un bacilo corto de extremos redondeados, que en cul-

tivos recientes y en los frotis de órganos presentan un espacio central claro. Observado en gota pendiente, es móvil.

Se colora por el método de Gran. Coloreado por los métodos adecuados, se aprecia en ellos flagelos ondulados de bastante longitud.

La siembras en medios líquidos se enturbian rápidamente, dando un velo frágil. En estos cultivos dan indol.

La siembra en placas de Petri con agar ordinario da lugar á colonias redondeadas que, al adquirir consistencia, se presentan algo festoneadas en sus bordes.

En medio de Drigalsky y Conradi conserva la coloración azul.

No coagula la leche, aun permaneciendo en la estufa muchos días.

En medios glucosados y lactosados da lugar á fermentación del medio.

No he de molestaros dando más datos. Bastan los expuestos para juzgar que pertenece al grupo *Eberth-coli*, que por no coagular la leche ni decolorar el Drigalsky y hacer fermentar las glucosas, es afine al paratífus *B*, y por dar la reacción de indol, al *coli*.

Lo considero, pues, como germen colocado entre el paratífus *B* y el *coli*, en el grupo de gérmenes intestinales ó del grupo paratífico, si como tales consideramos los que entre ambos extremos, *Eberth* y *coli*, existen, no siendo *coli* ó paracolibacilo, que no tiene valor si no posee antecuerpos específicos.

¿Están en contradicción los datos de la clínica con el hecho de que un germen de orden intestinal sea la causa de la epidemia actual? Creo que no.

No me parece indiscutible la transmisión de la epidemia sólo por contagio, desde su aparición en el Asilo Tovar, transmitiéndose por eslabones, como muchos mani-

fiestan; eslabones que se han roto con gran frecuencia, para aparecer casos en sitios distanciados. Entiendo se explica la transmisión directa por la contagiosidad de los procesos intestinales, en que basta un portador de gérmenes para que se constituya un foco, siguiendo á esto la difusión por contagio y por medio hídrico, siendo el contagio de Hermanas de la Caridad, médicos y enfermeros, consecuencia natural de su inmediata relación con los enfermos á quienes se transmite, como se transmitió á otros por el portador con mayor probabilidad, porque su contacto es, no con uno sólo, sino con muchos.

Pudiera citaros muchas epidemias desarrolladas en esta forma, entre las eberthianas y paritíficas; pero como soy amante de los trabajos españoles, vuelvo á citaros la epidemia de La Unión, en cuyo diagnóstico intervino el Dr. Mendoza, y en la que el contagio fué evidente, diciendo el Dr. Murillo: "Se transmitía de choza en choza y de cabezo en cabezo", recayendo los primeros casos en una familia de mineros procedentes de Mazarrón. En esta epidemia resultó evidente la transmisión de casa en casa y de barrio en barrio. Familias enteras eran víctimas de la epidemia. En Cartagena se contagiaron Hermanas de la Caridad y enfermeros, por el traslado á ese Hospital de algunos enfermos.

Si pruebas de contagio se aducen en la actual epidemia, pruebas hay de que no ha sido tan extraordinario como la imaginación de algunos ha creado.

Yo puedo deciros, y el Dr. Hernández Briz ha manifestado también, que en el Ejército ha habido algún caso, procedente de diversos cuarteles; y fijaos bien en lo que representa su aparición en los cuarteles de Madrid, donde no hay más condiciones higiénicas que el celo del médico, que, siendo mucho en nuestros médicos militares, no es posible que contrarreste las malas condiciones higiénicas y

de hacinamiento. En la Cárcel Modelo hubo algún caso, y no se han presentado más.

La aparición, por otra parte, innegable de focos muy distanciados y sin la menor relación directa con el primitivo, y la existencia de multitud de casos aislados, quizá puedan explicarse por una transmisión hídrica, apoyada por lo ocurrido en los cuarteles, donde existen grandes y buenos filtros que preservan á la población militar de esta comunicación con la civil.

La variabilidad de formas clínicas, que refleja la diversidad de criterio en los clínicos para interpretarlos, pero todos dentro de un aspecto infeccioso, les da el sello epidémico, hasta el punto que el Dr. Codina ha establecido la clasificación, en su Clínica, de tifus exantemático tipo y tipo exantemático dudoso. El carácter de humanización que indica el Dr. Huertas, las precisas y sinceras manifestaciones del Dr. Hergueta, marcan siempre el predominio del tipo intestinal, haciendo pensar que las formas en menor número consideradas como tipo no sean más que terminaciones rápidas, en ocasiones por la muerte, debida á gran virulencia del germen, y otras veces por curación con crisis debida á rápida inmunización, que recae precisamente en individuos sanos y robustos, en que las reacciones orgánicas son intensas, produciendo rápida y abundante cantidad de inmuncorps; siendo, por el contrario, el mayor número de enfermos de forma prolongada los que representen la verdadera encarnación del síndrome clínico, muy análogo, como habéis indicado, al de los procesos determinados por los gérmenes del grupo intestinal.

(Continuará.)

Tratamiento de la lepra por el Mangle rojo.

(CONTINUACIÓN)

“No nos atrevemos, sin embargo, á decir que sea este el específico de dicha enfermedad, pues para llegar á tal afirmación creemos que se necesita todavía el transcurso de mayor tiempo ocupado en constantes y científicas experiencias, no sólo de clínica, sino de laboratorio.”

De los seis enfermos que continuaron el tratamiento durante el tiempo determinado, la Comisión del Gobierno de Cuba informaba, en 30 de Junio de 1908, declarando á uno, Juan González, completamente curado; en dos se obtuvo una franca y duradera mejoría, y en los tres restantes el resultado fué escaso ó nulo.

El enfermo curado á que nos referimos fué presentado por el Dr. Duque á la Academia de Ciencias Médicas de la Habana, en la sesión del 8 de Noviembre de 1907. Por las circunstancias especiales que concurrían en este caso, la observación es muy interesante, contando con garantías científicas insuperables. En efecto, este enfermo, antes de ser sometido al tratamiento, había sido diagnosticado de lepra por los Dres. Bueno, Bango, Varona, Albertini, Córdova, Souza, Carrerá, Duplessis, Presno, Saladrigas, Betancourt, y por el Dr. Agramonte, quien repetidas veces analizó la linfa del enfermo encontrando en ella el germen específico de la lepra. A los nueve meses de tratamiento, todo vestigio de lepra había desaparecido y los análisis bacteriológicos practicados entonces resultaron infructuosos. La Comisión fiscalizadora de es-

tas investigaciones dió de alta, curado, al enfermo el 19 de Octubre de 1907, á los quince meses y medio de tratamiento. En su informe, la Comisión se expresaba del modo siguiente:

«Después de haber sido reconocido debidamente este enfermo por todos los que suscribimos este informe, y no encontrando *nada* en su cuerpo que nos hiciese sospechar síntomas de lepra, y después de vistos los diversos análisis microscópicos de la linfa, que resultaron negativos, coincidiendo todo ello con un excelente estado general, la Comisión acordó dar de alta, curado, á este enfermo á los quince meses y medio de tratamiento.—El Presidente, *Dr. M. Bango León.*»

Hasta hoy, los dos enfermos que fueron dados de alta, curados, por la Comisión, uno en 1903 y otro en 1907, continúan bien, sin que hayan vuelto á presentar manifestación alguna de lepra. Las curaciones son, pues, definitivas, y va alejándose, por lo tanto, la remota posibilidad de que sólo se tratara de períodos de calma, de mejoría, de la enfermedad.

El 1.º de Julio de 1908, el Dr. Duque expuso, en una Conferencia leída en el Hospital núm. 1 de la Habana, los más notables de los hechos que hemos expuesto, y daba á conocer dos casos más, muy notables, de leprosos que habían logrado la curación por el Mangle rojo: estos enfermos habían sido diagnosticados de lepra por varios distinguidos médicos, alguno de ellos especialista en dermatología y muy conocedor de la lepra, y comprobado el diagnóstico por el análisis microscópico de la linfa; á los dos años, en un caso, y á los once meses, en el otro, se logró la curación, que fué demostrada clínica y bacteriológicamente.

El Dr. Bango, uno de los más ilustres médicos cubanos, dice del tratamiento de los Dres. Moreno y Duque:

«Es para mí un hecho demostrado que el Mangle rojo puede curar y cura ciertas formas de lepra y en cierto período de la enfermedad. Los casos que he visto ceder al tratamiento con una asombrosa rapidez, dado el carácter crónico de esta enfermedad, son los que corresponden á la lepra de forma nerviosa.»

El Dr. R. Carrera, de la Habana, nos comunicaba verbalmente, en Sevilla, en el verano de 1908, que «era un convencido de la eficacia del Mangle rojo». He asistido—nos decía—á las experiencias del Dr. Duque, y le he visto lograr curaciones admirables. En mi clientela he ensayado el Mangle en cuatro leprosos, y estoy muy satisfecho, pues los enfermos mejoran rápida y visiblemente.

Concluimos aquí con la suposición de los datos que nos han informado acerca de la aplicación del Mangle rojo al tratamiento de la lepra y creemos haber logrado nuestro deseo de hacerlo bajo una absoluta imparcialidad.

El Mangle rojo ha conseguido ya un ventajoso puesto en la terapéutica antileprosa, siendo empleado actualmente contra dicha enfermedad en Java, Sumatra, Hawái, etcétera, donde existen grandes focos leprosos. Lanzado al comercio, algunas fábricas de productos farmacéuticos lo suministran preparado en diversas formas; no concluía la época científica, la época mercantil del Mangle ha comenzado.

Réstanos añadir á lo expuesto, que la Junta de Patronos que rige al Hospital de San Lázaro, de la Habana, informó al Gobierno Interventor de la Isla, al evacuar una consulta que éste le hiciera, que los enfermos de dicho Hospital no debían seguir sometidos al tratamiento por el Mangle rojo.

Antes de pasar más adelante, creemos conveniente dar á conocer lo que es el Mangle, sus caracteres botánicos,

preparación, dosis, etc., tomando los datos en las publicaciones del Dr. Duque.

BOTÁNICA

El «Paletuvier», ó Mangle rojo (*Rhizophora Mangle*), fué clasificado por Linneo, quien acogió el nombre vulgar de Mangle para designar la especie.

En Francia esta planta es conocida con el nombre de «Paletuvier», y en la América del Norte y en las Colonias Británicas se la denomina «Mangreve».

El nombre de Mangle parece ser indígena.

El género *Rhizophora* fué creado por Linneo y colocado después por Rocard en la familia de las Lorentáreas. Esta planta pertenece al tipo angiosperma, clase de las cotiledóneas, y según la última clasificación de R. Brown, forma parte de las «Rhizophoráceas», familia que está formada de diez y siete géneros y de cincuenta especies, todas tropicales, que crecen la mayor parte de ellas en lugares pantanosos y cerca de las costas.

El Mangle forma por sí solo una de estas especies.

El árbol está implantado por numerosas raíces adventicias que desde parte muy alta del tronco descienden, á manera de arcos, á implantarse en el suelo. La corteza de estas raíces es delgada y considerablemente incrustada de sales calcáreas, á la vez que asidero de moluscos, y, por lo tanto, inadecuada para usos terapéuticos. La corteza del tronco es semejante en su aspecto á la corteza de la quina. El árbol mide de seis á quince metros de altura. Sus hojas son opuestas y coriáceas, de un color verde obscuro, bianuales; su forma es elíptica y un poco redondeada hacia la extremidad libre. Las flores son pedunculadas, y nacen en la axila de la hojas tiernas; sus pedicu-

los son cortos, son hermafroditas y de color blancuzco; son tetrámeras.

El fruto es alargado, monosperma, y de la germinación del grano se hace el fruto mismo. Este es dulce, y llegado á su madurez es fácilmente fermentable.

El aspecto de un bosque de Mangles es *sui géneris*, debido á la particularidad de sus raíces.

EFFECTOS FISIOLÓGICOS

Poco es lo que se conoce acerca de las propiedades fisiológicas del Mangle. Solamente se sabe que tiene acción sobre los riñones, aumentando la diuresis, y una acción poco marcada como tónico general; á dosis muy grandes, produce náuseas, vómitos, diarreas, cólicos intestinales y cefaleas.

ANÁLISIS

No se ha hecho hasta hoy un análisis riguroso de esta planta. El Dr. Moreno afirma que es rica en sales de hierro y en tanino, y que encierra además un aceite esencial transparente, de color verde esmeralda y de densidad muy elevada. Es á este principio al que el Dr. Duque atribuye la acción específica del Mangle sobre el bacilo de Hansen.

FARMACOLOGÍA

La parte de la planta empleada por el Dr. Duque para la preparación de los extractos es la corteza de troncos de árboles adultos (cincuenta y seis ó más años), y de preferencia los más viejos, desechando todas aquellas cortezas agrietadas en la superficie de las cuales se ha solidificado la resina, debido á la acción de agentes exteriores. De

igual manera desecha las provenientes de plantas jóvenes, por ser muy ricas en tanino, y estar convencido de que este elemento no tiene acción alguna sobre la enfermedad.

La desecación de dichas cortezas la hace al aire libre, y jamás bajo la influencia del calor artificial, pues ha observado que cuando procede de esta manera obtiene un preparado de coloración negra muy distinta del bello color rojizo que presenta cuando se procede de acuerdo con el primero de estos métodos.

Parece que la sustancia activa de esta planta tiene la particularidad de ser muy soluble en los medios azucarados.

Así, si se vierte agua sobre una cantidad de extracto fluido, se observa que la preparación pierde inmediatamente su transparencia, y se forma una especie de precipitado, que desaparece inmediatamente que se agrega una cantidad de azúcar ó de glicerina y se agita durante un momento.

La fórmula empleada por los Dres. Duque y Moreno para preparar los extractos es la siguiente:

Polvo seco de corteza del Mangle..	1.000	gramos.
Alcohol.....	200	»
Glicerina.....	350	»
Agua.....	450	»
<i>Total</i>	<u>2.000</u>	gramos.

Para el efecto de hacer los preparados se siguen los procedimientos generales indicados por la farmacopea para la preparación de extractos fluidos y blandos.

EFFECTOS DEL MANGLE ROJO SOBRE LA LEPROA

De la siguiente manera se expresan los Sres. Duque y Moreno acerca de los efectos de esta medicación:

«Lo primero que el enfermo experimenta, quince ó

veinte días después del principio del tratamiento, es una alegría inexplicable, sin causa, porque aunque la mejoría no es notoria, siente apetito y las lepralgias son menos intensas; se siente ágil y con valor para las ocupaciones habituales. Al mes siguiente el enfermo ha engordado, come y digiere bien; la mejoría se acentúa, su bienestar general es admirable; duerme perfectamente y trabaja sin fatigarse; sus manchas violáceas oscuras se han tornado en rosadas ó han palidecido, más hacia la periferia que en el centro; las que son confluentes tienden á separarse, dejando espacios de piel sana entre una mancha y otra. Si existen ulceraciones, la supuración de éstas disminuye, pierden su color rojo oscuro para hacerse rojizas, y la aureola inflamatoria, casi siempre erisipelatosa, desaparece; los lepromas experimentan una acción regresiva, y en caso de haber fiebre, ésta se hace menos intensa y se acorta su duración. Siguiendo el tratamiento, estos síntomas de mejoría se van precisando más cada día: las manchas van aclarándose; la parte que se había hecho roja va aclarándose lentamente hasta volverse blanca; dichas manchas no dejan entonces sobre la piel ninguna huella de su existencia; los accesos periódicos de lepromas desaparecen, en general, de una manera definitiva, del octavo al undécimo mes del tratamiento, en el segundo período, y del tercero al quinto mes en el primero. Lo mismo sucede con las fiebres; los leprotuberculomas pueden desaparecer de dos maneras: ya inflamándose, y en este caso, supuran y se hacen dolorosos, ya experimentando una degeneración; son reabsorbidos y dejan en todos los casos, como huella de su existencia, una cicatriz blanca nacarada, con ligero tinte rosado y violáceo. No sucede lo mismo cuando los tubérculos son recientes; no queda entonces ninguna huella; en otros casos, muy raros, los leprotuberculomas se calcifican incrustándose, y para hacerlos desaparecer se nece-

sita recurrir al bisturí; no queda entonces como huella sino la cicatriz de la incisión. Las úlceras han desaparecido completamente hacia el octavo mes del tratamiento, dejando una cicatriz semejante á la de los lepromas.

»Hacia esta época, la alopecia ha cesado y los cabellos han renacido con todas sus cualidades (aunque la alopecia no es general en la lepra, se observa algunas veces), las pestañas y las cejas renacen igualmente y los vellos del cuerpo reaparecen.

»Lo que hay de más notable en estos enfermos es el retorno de su fisonomía al estado normal; parece imposible que caras tumeficadas, de piel dura y esclerosada, lo que da un aspecto típico y repugnante á los desgraciados enfermos, vuelvan en un tiempo relativamente corto á su estado fisiológico; lo mismo sucede con las orejas, que pierden su grosor para volver al estado normal.

»Como puede verse, hay una regresión completa de la enfermedad; de un antro de miserias y de sufrimientos físicos y morales se pasa al estado absolutamente contrario; en una palabra, parece que los enfermos, por decirlo así, hayan sido fundidos y hechos de nuevo.

»La sensibilidad principia á restablecerse al tercero ó cuarto mes del tratamiento; á partir de este momento continúa ganando terreno, hasta que se complete en todo el cuerpo. La sensibilidad térmica es casi siempre la última en reaparecer, siendo la táctil la primera, después la sensibilidad al dolor; algunas veces la sensibilidad se restablece sin esta disociación; cuando el nervio ha sido destruído por la enfermedad ó cuando ha perdido su permeabilidad como hilo conductor de las sensaciones externas, la sensibilidad no se restablece.

»Las infiltraciones profundas de la piel empiezan á desaparecer dos ó tres meses después del principio del tratamiento; no sucede lo mismo cuando la infiltración

está acompañada de esclerosis de la piel; en este caso su reparación es lenta, gradual y tardía. Las manifestaciones leprosas de la nariz desaparecen á los pocos meses de tratamiento, á menos que los huesos estén invadidos; persisten entonces más largo tiempo, nueve ó diez meses, y si existe carie, estas manifestaciones no curan sino cuando los secuestros han sido eliminados, ya espontáneamente, ya eliminados por el cirujano. Un hecho notable es que en el pus de la rinitis con ulceraciones y lesiones óseas, al principio del tratamiento, se encuentra el bacilo de Hausen, y cuando el enfermo ha curado de su enfermedad, el pus viscoso y opalino secretado por el trayecto fistuloso que queda cuando los secuestros no han sido eliminados, está desprovisto del germen productor del mal.

»El resto del sistema óseo sigue el mismo proceso que los huecos de la nariz; si el periostio no está muy invadido, si no existe necrosis de los huesos, la restitución *ad integrum* tiene lugar; si, al contrario, hay necrosis, se debe aguardar la eliminación de los secuestros. Creemos que es preferible intervenir operando al enfermo, extrayendo éstos, y haciendo un raspado del hueso afectado. Estas lesiones son más constantes en los huesos de las manos y de los pies.

»Cuando las vísceras: hígado, riñones, miocardio, pulmones, encéfalo y sus envolturas no están sino ligerament invadidos, esto es, cuando no existen grandes destrucciones de órganos tan importantes para la vida, al cabo de pocos meses los infartos y las congestiones hepáticas, los dolores renales y las bronquitis con su tos penosa y obstinada, las cefáleas y los vértigos desaparecen. La acción sobre los órganos genitales internos de la mujer, cuando no están profundamente alterados, es favorable, disminuyendo desde luego la intensidad de los dolores ováricos,

después haciéndolos cesar y restableciendo el período menstrual al estado fisiológico.

»Las lesiones que son más tenaces al tratamiento, y que son las últimas en desaparecer, son las de la cara y las manos. Quizás esto es debido á que, como dice el Profesor Hallopeau, la acción del aire y de la luz con factores favorables para el desarrollo y sostenimiento de las manifestaciones de la lepra.

»Al cabo de un año, poco más ó menos, según el estado del enfermo y el período de la enfermedad, «la curación social» es obtenida; entendiéndose por «curación social» el estado del enfermo cuando los caracteres somáticos de la enfermedad han desaparecido; esto es, cuando el enfermo puede vivir en sociedad sin herir la vista de las personas que le rodean; en fin, cuando le es imposible ya transmitir su enfermedad; si continúa el tratamiento, la curación médica se obtiene en un período de tres ó cuatro años; este término depende del enfermo y del estado de la enfermedad.

»Aconsejamos que se haga tomar, al mismo tiempo que el extracto de Mangle, un baño de agua caliente con la misma sustancia, á la temperatura de 38 á 40 grados centígrados, en el momento de acostarse; baño que debe durar de quince á veinte minutos. El enfermo será luego bien abrigado, con el fin de procurar una transpiración abundante.

RÉGIMEN QUE DEBE SEGUIRSE POR LOS SOMETIDOS AL TRATAMIENTO DEL MANGLE

El enfermo empezará tomando 50 gramos diarios de extracto fluido dividido, cada una de las cuales ingerirá después de cada comida. Esta cantidad la irá aumentando

cada semana en 5 gramos hasta llegar á 100 ó 150, según la tolerancia de su estómago.

En caso de que el paciente no pueda soportar la medicación bajo la forma de extracto fluido, deberá procederse á administrarle el extracto blando bajo forma pilular.

Para dicha preparación puede hacerse uso de la fórmula siguiente:

Extracto blando de Mangle... 0,30 gramos.

» » de genciana. 0,05 »

Para una píldora.

Principiará tomando ocho al día, en dosis de á dos, á las mismas horas indicadas para el extracto fluido. Deberán aumentarse cuatro píldoras cada cuatro días hasta llegar á cuarenta al día.

A los niños se administrará la mitad de dosis que á los adultos.

Debe tenerse cuidado de administrar un purgante cada diez días.

No se suspenderá el tratamiento en caso de que sobrevenga una recrudescencia del mal; al contrario, conviene continuarle con toda decisión.

El tratamiento local de las úlceras será hecho conforme á lo usado generalmente, y como complemento se cubrirán con compresas embebidas en una solución acuosa de Mangle al 30 por 100.

La dieta á que debe someterse el enfermo no tiene grande importancia. Consistirá principalmente en no tomar ácidos, picantes, condimentos fuertes y bebidas alcohólicas. También deberán proibirse las carnes y pescados conservados y todos aquellos alimentos de fácil fermentación, pues bien sabido es que éstos dan nacimiento á gran número de ptomaínas que obran de manera perjudicial sobre el organismo.

«Conviene dar á los enfermos tónicos y reconstituyentes y evitar el desgaste de su energía orgánica, de que tanto necesitan para luchar con el mal.

Cuando los pacientes se hallen en lugares donde abundan los mosquitos, se les indicará el uso de mosquiteros de mallas finas, con objeto de evitar, por lo menos, sobreinfecciones palúdicas y de otros órdenes, de que tales insectos son activos propagadores.

Este nuevo tratamiento de la lepra ha sido acogido con bastante frialdad por el mundo médico. Y es muy lógico que así ocurriera. Recuérdese—y el hecho no es lejano—la marcada desconfianza con que fué recibida la célebre *tulasa* de Berhing, no obstante la personalidad científica de su autor y el interés inmenso que la terapéutica de la tuberculosis reviste en la época actual. Y es que se juzgaba por los precedentes. La creosota, el yodoformo, los cinamatos, arseniatos y cacodilatos, etc.; entre los fármacos y las tuberculinas de Koch, Buchner, Doenys y Bera-neck, la tuberculocidina de Klebs, el ácido tuberculínico de Kuppel, el tuberculol de Ladmann, así como los sueros y vacunas de Nicholls, Mangliano, Marmoreck, Roux, etc., con sus continuos y escandalosos fracasos, habían agotado la credulidad en la clase médica, inspirándole un marcado pesimismo que le hacía recibir con prudente reserva, no exenta de alguna hostilidad, todo nuevo medio que bajo la categoría de específico se pretendiera introducir en la terapéutica de la tuberculosis.

Colóquese en lugar de creosota, cinamato, etc., aceite de chaulmoogra, hoang-nang, eurófenó, etc., y en vez de tuberculinas y sueros tuberculínicos, leprolina de Rost, nastina, suero antileproso Carrasquilla, etc., y la misma

cuestión que para la terapéutica de la tuberculosis encontraremos planteada para la de la lepra.

El tratamiento de la lepra por el Mangle rojo ha sido muy discutido, habiéndose dirigido acerca de él muchas, y algunas de ellas muy injustas, censuras á los Dres. Duque y Moreno, reprochándoseles, entre otras cosas, el hacer uso de un remedio vulgar, empírico. Se ha dicho que el Mangle para nada sirve, que su acción no está fundada en ninguna ley científica que justifique su empleo; que le falta elegancia, arte clínico; que los términos para las curaciones social y médica señalados por los Dres. Moreno y Duque no son exactos y comprenden un plazo muy largo.....

— Sin pretender nosotros ni defender ni atacar en nada la obra terapéutica de los autores, y juzgando sólo por los hechos bien demostrados, hemos de reconocer, de ser justos, el prejuicio que ha informado á estas impugnaciones y la falta de lógica de muchas, así como también lo justas y acertadas de algunas.

Es cierto que este nuevo tratamiento ha nacido de la observación de una práctica vulgar, del empirismo; pero no es este un reproche, una objeción que hacer al método; pues de serlo, debíamos dirigirlo también al empleo de la cocaína, la quinina, el mercurio, etc., y en general á todos los agentes terapéuticos—y son en mayoría—que han conquistado preferente lugar en el arsenal terapéutico, no por la previa deducción científica de su posible utilidad, sino por la observación vulgar primero, y científica experimentación después, que demostraron la eficacia de su empleo. No necesitó el mercurio, ni de Pasteur ni de Schaudin, ni de la doctrina de la patología bacteriana y la terapéutica antiséptica, para que su utilidad en el tratamiento de la sífilis fuese y sea mantenida á favor y á pesar de ulteriores y científicos descubrimientos. Anté

el hecho clínico de que el sifilítico cura con el mercurio, se podrá discutir por qué y cómo cura; pero lo que no se podrá negar es que cura; y esta es precisamente la finalidad que se persigue con su empleo. No existe, en efecto, lógica deducción ni ley científica que pueda competir para la valoración de los agentes terapéuticos con los resultados de una inteligente observación clínica. Si ella demuestra que el agente empleado obra de un modo favorable, bueno será investigar el mecanismo de su acción curativa; pero no deberá negarse el hecho de la curación, hecho que tiene por sí más fuerza y valor que toda previa deducción, por racional y exacta que parezca. Y ante enfermos que curan por un medicamento, no hay más lógica deducción posible que el reconocimiento de su utilidad.

SEBASTIÁN LAZO GARCÍA,

Oficial Médico Alumno.

(Continuará.)

PRENSA MÉDICA

El atoxilato de mercurio en la sífilis.—El Dr. Uhenhuch ha empleado en el tratamiento de la sífilis un compuesto de atoxil y mercurio, y refiere el resultado de este tratamiento en la *Deut. Méd. Woch*, número del 14 de Octubre de 1909. El tratamiento lo ha hecho con una emulsión del atoxilato de mercurio al 1 por 10 en aceite de oliva, é inyectando 5 decigramos en inyección intramuscular en el hombre. En la mujer comenzó por una inyección de 3 decigramos. La total

cantidad que inyecta á los pacientes es de 5 gramos, á la dosis de 5 decigramos de cada vez. El autor da una lista de los enfermos que ha tratado con esta preparación, que son 31 en total, y en los cuales se demuestra la influencia rápida del tratamiento en el proceso sifilítico. La sífilides papular desaparece al cabo de la tercera inyección, quedando sólo de ella pequeñas manchas de pigmentación de la piel. El tratamiento actúa de un modo excelente en la sífilis maligna. Las

úlceras son curadas rápidamente, y en los síntomas terciarios actúa con eficacia. El medicamento ejerce un efecto favorable sobre el estado general de los enfermos. Tiende á producir la estomatitis mercurial. En vista de los efectos que se achacan al atoxil sobre el nervio óptico, el autor ha observado detenidamente el órgano visual de los pacientes y no ha encontrado complicación alguna debida al medicamento. En suma: el valor de este remedio, con relación á otras preparaciones mercuriales, es su acción más rápida y su efecto favorable en los procesos ulcerativos. La razón de esta intensidad de sus efectos parece ser debida á la acción combinada del arsénico y el mercurio.

El bacilo tuberculoso en las heces.—El Dr. Faprippi (*La Pedatria*, Octubre de 1909) trata de la importancia de la comprobación del bacilo de Koch, especialmente en los niños, que por regla general no esputan, y cuya expectoración es usualmente tragada. En estos casos, el bacilo de la tuberculosis puede ser descubierto en las heces. El descubrimiento de este germen no es muy fácil por los métodos ordinarios, y el autor discute tres métodos de examen de las heces, que son: el de Cossel, el de Celli y el de Strabsborger y también el de Nalias. El mejor método de éstos es el de Strabsborger, que consiste en la adición á las heces de una solución al 20 por 100 de antiformina, que tiene el efecto de destruir las otras bacterias presentes y dejar vivo el bacillus de la tuberculosis. El método en detalle consiste en lo siguiente: se toma una

cucharadilla pequeña de heces, y se disocia en 15 centigramos de agua; se centrifuga por dos ó tres minutos, y después se trata con una cantidad igual de una solución de antiformina al 20 por 100 por espacio de quince á veinte minutos. A esta mezcla se añade una cantidad igual de alcohol absoluto, y se centrifuga otra vez por un par de minutos, haciendo preparaciones microscópicas con el sedimento. El autor ha examinado las heces de 35 niños que sufrían de varias formas de tuberculosis, y ha encontrado el bacilo en las heces, en el mayor número de casos.

Tratamiento del eczema.—El Dr. Schaltz (*Deup. Med. Woch*, 14 de Octubre de 1909) considera que el tratamiento del eczema es una especie de reactivo para probar la habilidad terapéutica del práctico, cuyo éxito depende de un profundo conocimiento de los principios que deben informar este tratamiento. En primer lugar, es necesario reconocer si la causa del eczema es externa ó interna, directa ó indirecta, primaria ó secundaria. Hablando de las causas externas, hay que incluir un número de influencias físicas y químicas que actúan sobre la piel: la luz, el calor, el aire frío, el uso immoderado de jabones fuertes, el alcohol, desinfectante, sustancias cáusticas, etc. El yodo, por ejemplo, produce indudablemente una dermatitis que no puede confundirse con el verdadero eczema. La predisposición individual influye mucho en la producción del eczema por estas causas. En el tratamiento es preciso cuidar de evitar la influencia de esas causas.

La autointoxicación por absorción de productos gastro-intestinales puede contribuir á la producción del eczema, y en estos casos la dieta vegetal y la dieta de leche pueden tener una considerable influencia en el tratamiento. Los purgantes salinos que eliminan productos de intoxicación suelen ser útiles en estos casos. El papel del sistema nervioso trófico en el desarrollo del eczema, se prueba por la aparición simultánea de la erupción en dos partes simétricas del cuerpo. Los sedantes nerviosos en eczemas de esta clase producen buen resultado. Las formas de eczema acompañadas de congestión intensa de la piel se tratan favorablemente con el ictiol, mientras que el arsénico sólo sirve para combatir las formas escamosas y pruriginosas comunes en los niños. El autor habla de la frecuencia con que el estreptococo y el estafilococo son causas secundarias del eczema que lo convierten en impetiginoso. En las formas erisipelatosas con inflamación edematosa de la piel, son útiles el ácido bórico, el acetato de aluminio ó los polvos secos. En el eczema papular las pastas de óxido de zinc son útiles; ordinariamente se usa una pasta compuesta de óxido de zinc, talco y glicerina. Para favorecer la keratosis se pueden emplear el azufre, naftol, crisobarina, usándolos de modo que no se irriten la piel. En las formas en que hay grietas recomienda el ácido salicílico, disuelto primero en aceite de castor. También se usa el protargol. En los formas escamosas recomienda el antrasol y emperiformo.

* *

La vacunoterapia en el tratamiento del sarcoma inoperable.—El doctor Loeb (*Journ. of Amer. Assoc.*, 22 de Enero), de las estadísticas publicadas sobre el tratamiento del sarcoma inoperable con una combinación de toxina de estreptococo de la erisipela y bacilo prodigioso, hace notar que del 4 al 9 por 100 de los casos se ha obtenido una curación efectiva, y que con el tratamiento indicado, usado después de la operación, se ha impedido en algunos casos la recidiva. Cita un caso de sarcoma operable de la tibia en el que, por virtud de este tratamiento, se ha podido evitar la amputación de la pierna.

* * *

Profilaxis de la sífilis por el doctor Vincent.—(*Cong. de Med. Budapest 1909.*) Inspirándose en los trabajos del Dr. Meschnikoff sobre la eficacia del calomelano incorporado á un cuerpo graso, y utilizado en fricciones sobre los órganos genitales, el profesor H. Vincent ha pensado que se podían obtener muy buenos resultados por el empleo de la tintura de yodo al 1 por 20, para la desinfección de las regiones susceptibles de haber sido contaminadas por el treponema de la sífilis.

La eficacia antiséptica de la tintura de yodo no hay necesidad de que sea demostrada. Se justifica todos los días por su empleo quirúrgico y como agente de desinfección de las regiones sometidas á las intervenciones quirúrgicas. El título de la tintura de yodo es de 1 por 13. El Sr. Vincent recomienda la solución alcohólica de yodo un poco más débil, al 1 por 20. Ella es perfectamente tolerada por las mucosas genital, bucal, etc. No es muy dolo-

rosa. La embrocación de los órganos genitales puede ser renovada algunas horas después sin inconveniente. La esterilización así obtenida es absoluta.

El yodo es muy penetrante; denuncia las escoriaciones por un tinte más intenso, muy aparente después de la embrocación.

El profesor Vincent ha tenido ocasión de recomendar, desde hace dos años, este procedimiento sencillo y eficaz de prevención de la sífilis á estudiantes, jóvenes médicos y enfermeros.

Asegura, pues, que su empleo previene la sífilis y el chancro blando.

SECCIÓN OFICIAL

- 23 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 43) disponiendo remesas de material á los hospitales de Granada, Córdoba, Málaga, Cádiz, Algeciras, Palma de Mallorca, Zaragoza y Pamplona.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 43) autorizando al Parque de Sanidad Militar para adquirir un diafragma iris para radiografía.
- 25 » Idem *id.* (*D. O.* núm. 44) dando cuenta del fallecimiento del Inspector Médico de la reserva D. Eduardo Carreras Perelló.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 44) concediendo el retiro al Subinspector Médico de segunda clase D. Jenaro González Rico y Grana.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 45) disponiendo que el Subinspector Médico de primera clase D. Gregorio Ruiz y Sánchez cese en su comisión, incorporándose á su destino de plantilla, y que el de la propia categoría, D. Enrique Canalejas y Cisneros, se encargue, en comisión, de la jefatura de Sanidad del Cuartel general del Ejército de Melilla, sin perjuicio de su actual destino de plantilla.
- » » Idem *id.* (*D. O.* núm. 45) disponiendo que los Jefes y Oficiales que se relacionan pasen á servir los destinos siguientes:
Subinspectores Médicos de segunda clase: D. Eugenio Fernández y Garrido cesa en su comisión, y D. Fernando Cano de Santayana y Guibert al hospital de Misericordia de Málaga, de Director, en comisión, sin causar baja en su destino de plantilla.

Médicos mayores: D. Carlos Vieites y Pérez, excedente, en comisión, á la Academia de Artillería, y D. José Calleja Pelayo cesa en su comisión, incorporándose á su destino en las liquidadoras del Ejército.

Médicos primeros: D. Juan Romo de Oca y Galindo, á Cazadores de Tarifa; D. Gregorio Gonzalo y Martínez, al primer batallón de Asia; D. Fidel Ruiz y González, á las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Mallorca, y D. Gregorio Fernández y Lozano, al primer batallón de Almansa.

Médicos segundos: D. Florencio Herrer y Menguijón, á eventualidades en Baleares; D. Francisco de la Peña y Azaola, al segundo batallón de Garellano, y D. Alberto Blanco y Rodríguez, á la Clínica de urgencia de esta corte, continuando en su comisión.

Médicos provisionales: D. Lucio García y Pérez, al tercer batallón de Cuenca; D. José Bouzón y Rosales, al segundo batallón de Asturias; D. Eugenio Rodríguez y Pascual, al Colegio de Huérfanos de María Cristina (sección de hembras); D. José Molina y García, á las asistencias de las fuerzas destacadas en Carabanchel, y D. Jerónimo de Dolarea y Ceballos, á eventualidades en esta corte.

26 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 45) disponiendo que los farmacéuticos primeros que se relacionan pasen á servir los destinos que se les señalan.

D. José Herranz y Arce, al hospital de Segovia; D. Enrique Fernández de Rojas y Cedrún, á excedente y en comisión, en plaza de segunda, á la Farmacia militar de Madrid, núm. 3, y D. Faustino Ortiz Montero, á excedente y en comisión, para eventualidades en las farmacias de Madrid.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 46) disponiendo que al Médico segundo D. Gonzalo López Rodrigo se le considere plaza montada, y que se haga extensiva esta concesión al de igual clase destinado en las Comandancias de Artillería é Ingenieros de Ceuta y á los Oficiales médicos que sirven en las Comandancias de Melilla, Mallorca, Menorca, Tenerife y Gran Canaria.

» » Idem id. (*D. O.* núm. 46) desestimando instancia relativa á

- gratificación, promovida por el farmacéutico primero don Hermenegildo Aguaviva y Tejedor.
- 26 Febrero.—Real orden (*D. O.* núm. 46) concediendo la gratificación de 1.500 pesetas anuales al Médico primero D. Cándido Jurado Barrero, destinado en el Instituto de Higiene militar.
- 1 Marzo.—Idem id. (*D. O.* núm. 49) aprobando y declarando indemnizable la comisión conferida al Médico primero D. Eustasio Conti y Alvarez.
- 2 » Idem id. (*D. O.* núm. 48) concediendo licencia para contraer matrimonio al Médico primero D. Juan Rivaud y Ballesteros.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 49) disponiendo transporte de material á los hospitales de Valencia, Archena, Peñón, Alhucemas y Chafarinas.
- 5 » Idem id. (*D. O.* núm. 50) aprobando y declarando indemnizables las comisiones conferidas al Subinspector Médico de segunda clase D. José González García y al Médico primero D. Francisco Baixauli Perelló.
- 7 » Idem id. (*D. O.* núm. 52) concediendo la cruz roja al Médico primero D. Aurelio Díaz Fernández Fontecha por los méritos contraídos en el combate de Tasaguin y parte oriental de Quebdana del 25 de Agosto al 12 de Septiembre de 1909.
- » » Idem id. (*D. O.* núm. 52) concediendo el empleo superior inmediato, en propuesta ordinaria de ascensos, al Médico mayor D. Ricardo Iglesias y Díaz, al Médico primero don Eusebio Martín y Romo, y á los Médicos segundos don Eduardo Delgado y Delgado y D. Eduardo Sánchez Vega y Melo.
- 8 » Idem id. (*D. O.* núm. 53) concediendo el ingreso en el Cuerpo, con el empleo de farmacéutico segundo, al opositor aprobado D. Gabriel Matute y Valls.

Con este número repartimos un prospecto de los medicamentos CREOSOTAL y DUOTAL, preparado por la importante casa **Federico Bayer y Compañía**, de Barcelona.