

Cansado durante año y medio de guardar cama y sufrir las molestias de un corsé, sin encontrar alivio, aconsejé la osteosíntesis, que aceptó el enfermo. La operación se practicó según el típico método de Albee, con la diferencia que, una vez terminada, coloqué al enfermo dentro una gotiera (Figura 15) de modelo especial, que permitió durante los 45 días que permaneció en ella, curarle sin molestia las heridas practicadas, gracias a la tapadera que accesoriamente construí a fin de cambiarlo de posición cuando conviniera.

Después que hubo abandonado la gotiera, permaneció otro mes en la cama, pasado el cual comenzó a levantarse saliendo del Hospital a los cuatro meses. Hoy después de 24 meses de la osteosíntesis, ha reanudado su antigua profesión.

Mi segundo operado, también por tuberculosis lumbar, lo fué por el método de Albee y los resultados obtenidos fueron análogos a los del enfermo anterior.

Por haber transcurrido escasamente un año de la intervención aún sigue régimen de reposo. No obstante, le he aconsejado que a pesar de hallarse sin molestia alguna y considerarse totalmente curado, siga con el antedicho plan, otros doce meses.

El tercer enfermo era tuberculoso dorso-lumbar de la 12.^a dorsal y 1.^a lumbar; con absesos osifluentes cerrados, en la fosa ilíaca (dobles) de medianas dimensiones. A pesar de ello quise operarlo aguardando para más tarde el tratamiento de dichas bolsas.

Sin contratiempo alguno, resistió la osteosíntesis y la cicatrización de las heridas siguieron un curso regular; más a los 43 días de la intervención aparecieron síntomas abdominales dolorosos caracterizados por meteorismo, defensa muscular de la pared del vientre, intolerancia gástrica, hipertermia, pulso frecuente, etc., que acabaron con el enfermo en pocos días.

La autopsia demostró la existencia de una peritonitis generalizada por abertura de una asa intestinal por perforación de la pared de un tramo del íleon.

El segmento óseo en donde se practicó la osteosíntesis estaba consolidado; el foco tuberculoso persistía.

El último enfermo, aún está en mi clínica del Hospital.

Por lesión dorsal de las 5.^a, 6.^a y 7.^a vértebras fué intervenido, aplicando un injerto curvo a lo Albee que resequé en esta forma sobre la misma tibia con la sierra circular.

Pude colocarlo debidamente en el canal espinoso dorsal y la operación siguió normalmente su curso hasta que a los 40 días: Debido a su demacración, aparecieron en los puntos salientes de su esqueleto (ilíacos y sacro) cubiertos por la piel, placas de esfacelo que actualmente curamos. La osteosíntesis está perfectamente curada.

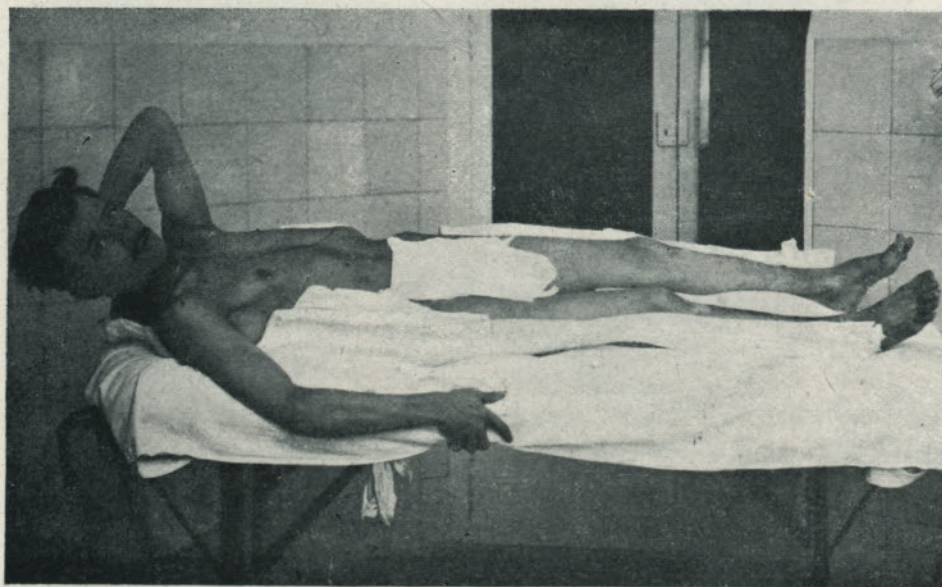
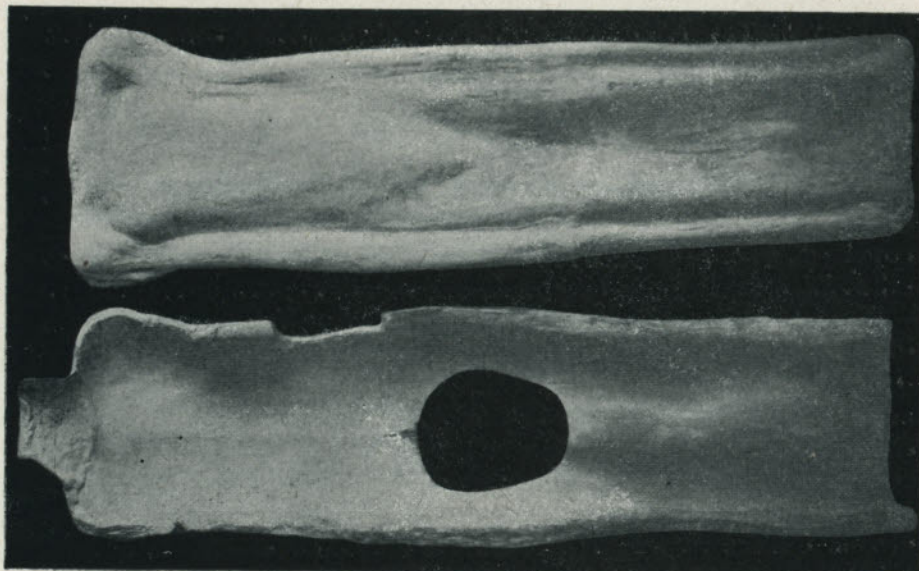


Fig. 15. — Gotieras donde se aloja al enfermo durante los 40 primeros días de operado,

DISCURSO DE CONTESTACIÓN
AL
DR. ESTAPÉ
SOBRE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE MAL DE POTT
POR OSTEO-SINTESIS VERTEBRAL

EXCMO. SR.:

SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES:

Un requerimiento a una antigua amistad ha sido el motivo de que hoy ocupe este sitio y ejerza las funciones de apadrinante de un nuevo académico. Y dicho el motivo huelga toda petición de benevolencia y demás alardes de modestia al uso, pues si solo la amistad es la causante de la elección no extrañará que falten en mi labor las dotes retóricas y la profundidad de conceptos que algunos de mis compañeros en una ocasión semejante podrían prodigar.

De antigua he calificado la amistad que me une con el doctor Estapé y, en efecto, más de un cuarto de siglo ha transcurrido desde el día en que por primera vez nos conocimos en el patio del antiguo Hospital de la Santa Cruz. Acababa yo de obtener el título de alumno interno y el amigo Estapé desempeñaba a la vez las funciones de tesorero y recaudador del entonces remozado y floreciente Ateneo de alumnos internos de la Facultad de Medicina. Pronto eché de ver que mi nuevo amigo no era de los del montón y aunque en aquel cenáculo ateneísta abundaban las inteligencias despejadas y prometedoras de grandes cosas (como así lo ha demostrado la experiencia), en primera fila figuraba mi amigo, destacando en él una cualidad sobre las demás; la vehemencia y la convicción con que defendía sus ideas. Lucido papel desempeñó en las memorables sesiones científicas de dicho Ateneo, en las cuales tantos de nosotros inauguramos nuestras lides académicas, y siempre en ellas hizo gala así de su erudición como del sano criterio con que analizaba los asuntos.

Termina Estapé su carrera y después de un corto período de titubeo le vemos encaminarse decididamente hacia la Cirugía y como en esta disciplina pone el calor y el entusiasmo que ya he dicho eran las características de su temple, pronto llega a hacerse dueño de la misma y así lo



acredita en las oposiciones brillantemente ganadas de cirujano ayudante del Hospital de la Santa Cruz. Al poco tiempo una nueva organización del personal facultativo de dicho nosocomio le pone al frente de una Clínica de cirugía y sin limitaciones ni entorpecimientos puede desplegar su actividad y poner a prueba intensiva sus dotes. En esta época es cuando Estapé adquiere personalidad científica y las actas de las sesiones de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas, así como las revistas profesionales de la misma fecha son una prueba de la labor asidua y del interés científico que muestra el entonces novel cirujano.

Todas las ramas de la Cirugía han sido cultivadas por el nuevo académico, ya que incluso algunas especialidades, como la urología, han entretenido su labor, y como él mismo confiesa en la introducción del discurso de hoy, la parte técnica ha sido la por él preferida, siguiendo con ello una corriente muy en boga en la actualidad que concede al tecnicismo quirúrgico una primordial importancia. Aunque yo no comulgue con esta idea, no dejo de reconocer que ella ha permitido una perfección técnica admirable de la que es ejemplo la operación de Albee tan minuciosamente estudiada por mi apadrinado.

Dentro de la Cirugía de nuestra ciudad ocupa hoy Estapé un sitio preeminente y todos lo conceptúan como hombre laborioso y lleno de entusiasmo para todo cuanto signifique perfección y progreso quirúrgicos. Enemigo de exhibiciones aparatosas y de reclamos interesados no fatiga su nombre las prensas de los rotativos, pero en cambio en sus clínicas hospitalaria y particular no economiza el tiempo invertido y en todos sus actos vemos que preside la madurez de juicio y la acertada determinación hijas de un conocimiento profundo de lo que se trae entre manos y de la absoluta integridad profesional. Con tales cualidades no dudo de que en nuestra Corporación será un numerario activo en toda la extensión de la palabra, para la cual ningún esfuerzo nuevo ha de desplegar sino continuar con sus actividades ordinarias. Plácemes para nuestra Academia por tan valiosa adquisición.

* *

En la elección de tema no ha podido el doctor Estapé sustraerse a la obsesión que en todo práctico determina la tuberculosis y que le impele a recoger y ponderar cuanto representa un avance terapéutico por mínimo que sea: como su campo de acción es la Cirugía, de una tuberculosis quirúrgica se ha ocupado. Es la tuberculosis una enfermedad que por su extraordinaria frecuencia permite que todo práctico tenga una cierta experiencia respecto a la misma y como las puntos oscuros y controverti-

dos son numerosos en la nosografía de dicho mal, de aquí que todos nos creamos autorizados a hablar de tuberculosis y tuberculosos, Admira y asusta a un tiempo el extraordinario número de trabajos que todos los años se publican relativos a dicha enfermedad y como si fueran pocos los patólogos y experimentadores, hoy hasta los sociólogos y los políticos se creen con derecho a decir su opinión respecto a la lucha antituberculosa. ¡Lástima grande que tanta prosa resulte en su mayor parte baldía, sobre todo en el sentido de utilidad práctica! A pesar de tanta contribución, de tanta monografía, de tanto copiarse unos a otros, los puntos capitales quedan insolubles y a no emprender nuevas rutas creo que llegaremos a la época del superhombre sin haber resuelto el problema.

De las diferentes facetas que la tuberculosis nos presenta, la de su terapéutica es sin duda la de una trascendencia mayor y la que con más intensidad se nos ofrece todos los días en la clínica. Las dudas, vacilaciones, controversias y discusiones inacabables que respecto a la historia natural del proceso suscitan las actividades de experimentadores y clínicos, han de dar por resultado una cierta incoherencia terapéutica, que es la que vemos reflejarse al estudiar sintéticamente los diferentes medios propuestos para la curación de la enfermedad. No es de extrañar, por lo tanto, que de tiempo en tiempo se cambie por completo el arsenal terapéutico y lo que antes era el medio generalmente adoptado, caiga en un olvido algunas veces no del todo justificado.

Fijándonos en la tuberculosis quirúrgica vemos que veinticinco años atrás estaba en todo su apogeo el método intervencionista: puesto que la tuberculosis es un proceso primitivamente local, se decía, extirpemos el foco primitivo y el organismo quedará limpio y sano de aquélla. Las resecciones, las excavaciones óseas, la extirpación de ganglios, la abertura y raspado de los abscesos fríos, constituían los métodos comunes y corrientes de tratamiento: pero, por desgracia, esta pretendida terapéutica radical no lo resultaba en la práctica y en el foco intervenido veíamos reaparecer lesiones fímicas o las lesiones distanciadas que se hacían manifestas nos indicaban que el que creíamos foco primitivo no lo era en realidad. De aquí la iniciación de una corriente contraria que es la que ha reinado casi hasta hoy, en la que se preconiza la abstención quirúrgica como indicación general del tratamiento y sólo en aquellos casos en que fracasa una terapéutica incruenta largo tiempo sostenida o en que se presentan indicaciones de momento, es cuando se recurre a la intervención quirúrgica, la cual será radical en toda la extensión de la palabra, suprimiendo cuanto parezca constituir el foco morbosos. Mas tampoco este criterio dió los resultados deseados y pronto se echó de ver que la duración del tratamiento se prolongaba desmesuradamente, que esto favorecía las recaídas, que exigía unas condiciones de medio ambiente no siempre posibles de obtener y, finalmente, que considerados

imparcialmente los resultados curativos no dejaban satisfecho al ánimo menos descontentadizo. Actualmente, sin dejar por completo la idea conservadora, nos hemos dado cuenta de que la cirugía puede hacer algo más que suprimir el foco, cosa no siempre realizable, y nos puede proporcionar recursos que contribuyan a combatir la tuberculosis de una manera indirecta, procurando sobre todo el reposo del órgano afecto (toracotomías, exclusiones cecales, operación de Albee); por esto vemos una especie de resurgimiento quirúrgico en la terapéutica antituberculosa, que no es la vuelta a ideas antiguas, sino la adaptación de los métodos cruentos a la terapéutica conservadora.

De entre las tuberculosis quirúrgicas la vertebral es una de las de pronóstico más sombrío, ya que si bien en la infancia aún se obtienen éxitos, estos van disminuyendo a medida que se asciende en edad, para llegar a ser escasísimos en la edad adulta; de aquí que resulte esta localización una excelente piedra de toque cuando se trata de contrastar la valía de un medio antituberculoso. En la época intervencionista a que antes me he referido, los resultados de la terapéutica activa no pudieron ser más desgraciados y las tentativas de raspado del foco vertebral, extracción de secuestros, etc., pronto se abandonaron de una manera definitiva. El reposo de la parte, tanto en lo que se refiere a la anulación de los movimientos, como a la supresión del peso de las partes superiores, quedó como indicación fundamental y los medios terapéuticos se dirigían principalmente a cumplirla. Las camas rodadas para la infancia, el decúbito supino sobre un plano resistente o los vendajes enyesados para el adulto, constituían los recursos primordiales, a los que se asociaban todos los medios generales de terapéutica antituberculosa de que podíamos disponer. Los inconvenientes de estos métodos bien pronto se hacían manifiestos en el adulto; la permanencia prolongada en cama prestamente no la toleraba el enfermo, quien perdía el apetito, enflaquecía y el estado general se hacía inquietante; en cuanto a los vendajes enyesados no son aplicables a todos los segmentos de la columna vertebral, su confección adecuada presenta serias dificultades, la inmovilización no siempre es absoluta y, sobre todo, es preciso renovarlos con relativa frecuencia para que tengan siempre la rigidez indispensable. De aquí el buscar otros medios que cumpliendo el mismo objeto de los vendajes o corsés, no ofrecieran los inconvenientes de los mismos y como la lesión vertebral interesa una serie de piezas óseas movibles entre sí, surgió la idea de solidarizar estas partes convirtiéndolas en una pieza única mediante un injerto de hueso que abarcara toda la parte afectada y las vértebras contiguas. Hasta estos últimos tiempos, tal idea que puede surgiera en fecha remota, no pudo tener aplicación. Los medios de que nos valíamos para sujetar partes óseas eran las ligaduras o las placas metálicas, cuerpos extraños a la economía que muy pocas veces eran tolerados por completo; además, la parte que podríamos llamar más

asequible de la columna vertebral ofrece la estructura de los huesos planos en los que dichos medios todavía ofrecen más inconvenientes, de manera que ha sido preciso que la experimentación y la clínica aunadas hayan fijado los puntos esenciales del injerto óseo, que el instrumental se perfeccionara hasta el punto de resultar maniobra fácil el corte de un injerto de forma y grosor adecuados, para que la rigidez de la columna vertebral por medios internos pasara del campo de la idealidad al de la práctica y adquiriera carta de naturaleza una operación que pudo parecer una cosa excepcional.

Dos intervenciones fueron propuestas: la de Hibbs y la de Albee. La primera busca la cohesión en dos puntos distintos, las láminas vertebrales y las apófisis espinosas, diciendo su autor que la fusión de las láminas es indispensable si se quiere obtener una inmovilización perfecta. Como la técnica de esta intervención es bastante delicada, sobre todo en el tiempo laminar, de aquí que no se generalizara y sólo algunos pocos operadores la han practicado y la practican. En cambio la de Albee, sobre todo cuando se emplea el instrumental de este autor, resulta más fácil y suele proporcionar una inmovilización suficiente en la práctica.)

No voy a repetir el principio y técnica de la operación de Albee minuciosamente estudiados por el doctor Estapé, sólo me permitiré decir dos palabras respecto a la cuestión que plantea relativa a la vitalidad de los injertos óseos y a su permanencia o reabsorción. Desde un punto de vista doctrinal esta cuestión resulta difícil y enmarañada, ya que los datos aportados, tanto de observación clínica como experimentales, no siempre están de acuerdo. Además, como en todas las cuestiones biológicas las afirmaciones concretas son imposibles ya que la variabilidad es la característica de aquellas por la importancia que tiene el factor individual, así no es de extrañar que se citen casos de injertos óseos que han sido reabsorbidos por completo en un lapso de tiempo relativamente breve, pero estos casos son excepcionales y por otra parte no constituyen ningún hecho extraordinario ya que una cosa análoga se ha visto con los injertos cutáneos que también en algunos individuos son fagocitados o destruidos de una manera completa, sin que de ello se deduzca la inutilidad de las trasplantaciones de piel. Prácticamente, por lo tanto, podemos aceptar que en el mayor número de individuos el injerto óseo no sufre una reabsorción rápida y se puede aprovechar como un medio mecánico de resistencia o de solidarización ósea. En cuanto a si el injerto continúa viviendo o si sus elementos van muriendo y son reemplazados por otros procedentes de las partes inmediatas al mismo, tampoco esta cuestión tiene un gran valor práctico, ya que en este último sentido podemos considerar que el injerto vive y con vida tan floreciente como otra parte ósea, cual lo demuestra el hecho de que grandes injertos óseos que habían prendido perfectamente, han sufrido algún tiempo después una fractura y en el injerto fracturado se ha presentado una consolida-

ción ósea con formación de un callo igual que si se tratara de un hueso normal.

(Dos puntos hay en esta cuestión que conviene recordar por su aplicación a la operación de Albee: la necesidad de que exista un contacto extenso entre las superficies óseas del injerto y de la parte injertada y luego que el injerto pasa por un período que podríamos llamar la adaptación durante el cual pierde una de sus principales propiedades, la resistencia, sobreviniendo esta modificación a veces cinco o seis meses después de practicado el acto operatorio.)

El primer dato resuelve un punto de técnica que también había sido objeto de discusiones, cual es el de la conveniencia de que en el injerto exista periostio como medio de asegurar la unión ósea. Hoy sabemos que el periostio trasplantado no desempeña ningún papel útil, mejor es un estorbo para la osificación ya que se trata de una membrana fibrosa sin elementos apropiados para la formación de hueso nuevo. En la operación de Albee el injerto tibial lo cortamos hoy exclusivamente óseo, sin periostio, cosa que no se hacía años atrás y todos pudimos ver al profesor Vulpius que con el hueso desprendía una porción de periostio tibial en el que luego practicaba una serie de incisiones.

La disminución transitoria que de su resistencia experimenta el injerto, nos explica los fracasos de la operación de Albee cuando tempranamente se prescinde de todo medio auxiliar. El paciente, que se había considerado como un éxito operatorio, observa que algunas semanas o meses, después de operado, vuelven a reaparecer las molestias, que su jibosidad aumenta y el envaramiento vertebral vuelve a tomar un carácter activo. ¿Qué ha sucedido? Que al perder resistencia el injerto, se han hecho algo movibles las vértebras interesadas, el peso de la columna superior ha vuelto a gravitar sobre la inferior y el efecto ortopédico de la operación habrá resultado inútil y el enfermo proseguirá la evolución de su mal como si nada se hubiera hecho en su columna raquídea.

¿Qué valor debemos conceder a la fijación vertebral por injerto como tratamiento del mal de Pott? En un principio los panegiristas del procedimiento lo ensalzaban, diciendo que, gracias a él, el interminable tratamiento de la tuberculosis vertebral, quedaba reducido a muy pocas semanas, que a partir de entonces, los enfermos ya no consumirían numerosas estancias en los hospitales, que los pobres, sobre todo, por la escasa duración del tratamiento, no verían mermar notablemente su capacidad para el trabajo, y luego, no necesitando estar hospitalizados, tampoco experimentarían los perniciosos efectos del medio ambiente nosocomial. En una palabra, la osteosíntesis vertebral era el tratamiento ideal de la tuberculosis de las vértebras. En la actualidad han transcurrido ya varios años, desde que este tratamiento se iniciara, ha sido aplicado a numerosos enfermos, y los distintos clínicos han dado a conocer los resultados conseguidos con el mismo, de manera que es posible for-

marse una idea de conjunto acerca el alcance terapéutico y el valor que podemos concederle, y en este sentido, cabe decir, que la operación de Albee o sus análogas, no son una panacea para el mal de Pott, ni siquiera un tratamiento del mismo.

Que la operación de Albee no es una panacea para el mal de Pott, lo demuestra el hecho de que hoy ya no se discute su utilidad, si acaso las controversias se refieren a los pacientes a que es aplicable. Muy prontamente la infancia se excluyó del campo de aplicación de la osteosíntesis vertebral, tanto porque en esta edad los resultados del tratamiento clásico son bastante satisfactorios, como porque tratándose de una columna vertebral en vías de crecimiento, conviene evitar todo cuanto pueda perturbar su desarrollo ulterior, y en este sentido, un injerto óseo fijando una parte de aquélla no puede menos de modificar las condiciones de las vértebras y por lo tanto su desarrollo. Si bien es cierto que la curación de una tuberculosis vertebral de la infancia es a expensas de la movilidad de la parte, nunca la alteración es tan extensa como en el caso de un injerto que sabemos debe comprender las vértebras superior e inferior a las lesionadas. Estas han sido razones suficientes para que la operación que estudiamos se reservara a la edad adulta.

En esta última edad contamos con la forma difusa, rara por fortuna, que escapa por completo a todo tratamiento cruento, ya que la extensión y difusibilidad de sus lesiones no permiten aplicar una intervención localizada que resultaría insuficiente por no comprender toda la extensión del mal, cuyos límites son imposibles de precisar. Queda la forma circunscrita o enquistada, que por afectar a un número de vértebras relativamente reducido, es susceptible de la operación de Albee; pero en el curso de esta variante se presenta un elemento, el absceso por congestión, que tiene una importancia considerable en la determinación de la operabilidad de los casos. En un principio, no se consideraba el absceso osifluente como elemento digno de tenerse en cuenta, y antes de la guerra europea pudimos ver que el profesor Vulpius no desdeñaba de intervenir casos con abscesos pósticos fistulizados, pero los resultados no pudieron ser más deplorables; de manera que, en la actualidad, la presencia de una fistula consecutiva a un absceso osifluente o la inminencia de la misma, representan una verdadera contraindicación operatoria. Si el absceso está cerrado, las opiniones varían acerca la operabilidad, pero en mi concepto creo que la cuestión se resuelve fácilmente fijándose en la localización del absceso. Si está éste próximo al campo operatorio, de manera que es fácil interesarlo durante la operación o que su crecimiento progresivo alcance la parte intervenida antes de que ésta se haya reparado por completo, entonces el absceso osifluente constituye una contraindicación absoluta y la operación deberá desecharse. Si el absceso es lejano, situado a regular profundidad que no hace temer una fistulización próxima y el campo operatorio está completamente libre, en tal caso creo que se puede

intervenir con esperanzas de éxito. Es verdad que los casos de esta última clase no darán estadísticas tan brillantes como los enfermos sin absceso apreciable, pero ello mejor que a la operación debe achacarse a la significación que tiene el absceso en la forma circunscrita del mal de Pott, ya que en ésta marca una evolución adelantada del mal y por lo tanto una alteración vertebral grande y difícil de reparar; así que los enfermos de la forma circunscrita con absceso osifluente son malos enfermos para todas las clases de tratamiento, pues que se trata de pacientes en las últimas fases del mal.

En resumen, por lo tanto, la verdadera indicación de la operación de Albee en el mal de Pott, la constituyen las formas circunscritas sin absceso apreciable, así como las que presentan un absceso alejado del campo de operaciones y bastante profundo para que no sea de temer su próxima abertura.

Tampoco es la osteosíntesis vertebral un tratamiento del mal de Pott y en líneas anteriores he hecho referencia a las desagradables consecuencias que sobrevienen de emplear dicha operación como tratamiento exclusivo. De todas las localizaciones quirúrgicas de la tuberculosis, la vertebral es la que más pronto afecta el estado general del paciente, de aquí que si en algún caso es imprescindible el tratamiento de este estado es en el proceso que estudiamos. Una alimentación sobradamente reparadora, un aire lo más puro posible y la acción estimulante del aire y del sol son condiciones indispensables para esperar la curación de la dolencia; condiciones que deben sostenerse durante todo el tratamiento y aun mantenerlas a ser posibles durante la convalecencia. La operación, por lo tanto, debe ir acompañada de estos medios generales de tratamiento de la tuberculosis. Pero no bastan estos medios, es preciso que el reposo de la parte se obtenga desde un principio y se mantenga durante toda la curación y la operación de Albee requiere un tiempo para producir este resultado, tiempo durante el cual será preciso recurrir a los medios clásicos que temporalmente realizarán el papel que más tarde desempeñará el injerto. De aquí la necesidad de extensos vendajes enyesados inmediatamente después de la operación, vendajes que se procurará fenestrar lo más económicamente posible para quitar los puntos y la primera cura, ya que de no hacerlo así pierden aquellos resistencia y se malogra el éxito operatorio. Con estos vendajes damos tiempo a que el injerto prenda y constituya el medio interior de fijación vertebral; pero aun conseguido esto no podemos prescindir enseguida de los vendajes enyesados, pues, como ya he indicado en otra parte, el injerto ha de sufrir modificaciones hasta acomodarse a su nueva situación y hasta que han terminado aquellas no vuelve a tener la resistencia necesaria para cumplir el objeto a que se le destina y durante todo este tiempo es preciso que una envoltura exterior resistente inmovilice y fije la columna vertebral enferma. Este período suele ser bastante largo, siendo su mínimo de unos tres meses,

pasados los cuales examinaremos radiográficamente la parte para hacernos cargo del grado de enrarecimiento o de condensación del injerto y solo cuando este ofrezca una sombra análoga a la del hueso normal entonces consideraremos que ya no necesita tutores y podremos prescindir del vendaje enyesado. Logradas estas condiciones es posible coadyuvar la acción del reposo con la helioterapia, ya que libre el cuerpo del enfermo de toda envoltura oclusora y pudiendo adoptar todas las posiciones, podrá recibir la benéfica acción de la luz solar en todo el cuerpo, incluso en la parte afecta. Esta es una ventaja de la osteosíntesis en la que quizá no se han fijado lo bastante los autores.

(En resumen, la operación de Albee en los casos en que es aplicable constituye un valioso recurso terapéutico que deberá asociarse al tratamiento general durante toda la duración de la cura y en los primeros tiempos combinarse con los vendajes enyesados hasta que el injerto pueda cumplir su papel. A partir de este momento un medio coadyuvante de gran valía será la helioterapia general y local que apresurará la curación de las lesiones.

Señor Presidente, acabáis de oír el discurso del doctor Estapé que es una muestra de lo que puede y vale, así como de lo que podemos esperar de él. La honrosa medalla que vais a imponerle la tiene bien merecida y únicamente hay que desear que tal insignia sea un acicate constante para que persevere en su amor a la ciencia y acreciente su meritisíma labor.

HE TERMINADO